

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARTES

FLÁVIA DE AZEVEDO MONTEIRO

O PATRIMÔNIO ARQUITETÔNICO DA SAÚDE:
DISCUSSÕES SOBRE A ARQUITETURA
HOSPITALAR BRASILEIRA DO SÉCULO XIX

Vitória

2014

FLÁVIA DE AZEVEDO MONTEIRO

**O PATRIMÔNIO ARQUITETÔNICO DA SAÚDE:
DISCUSSÕES SOBRE A ARQUITETURA
HOSPITALAR BRASILEIRA DO SÉCULO XIX**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Artes do Centro de Artes da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Artes, na área de concentração Patrimônio e Cultura.

Orientador: Nelson Pôrto Ribeiro

Vitória

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Monteiro, Flávia de Azevedo, 1988-
M775p O patrimônio arquitetônico da saúde : discussões sobre a história da arquitetura hospitalar do século XIX / Flávia de Azevedo Monteiro. – 2014.
219 f : il.

Orientador: Nelson Pôrto Ribeiro.
Dissertação (Mestrado em Artes) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Artes.

1. Arquitetura de hospitais – História – Séc. XIX. 2. Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. 3. Hospício de Pedro II (Rio de Janeiro, RJ). 4. Asilo de Mendicidade São Francisco de Assis (Rio de Janeiro, RJ). 5. Patrimônio cultural. I. Ribeiro, Nelson Pôrto. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Artes. III. Título.

CDU: 7

FLÁVIA DE AZEVEDO MONTEIRO

**"O Patrimônio Arquitetônico da Saúde: Discussões sobre a Arquitetura
Hospitalar Brasileira do Século XIX"**

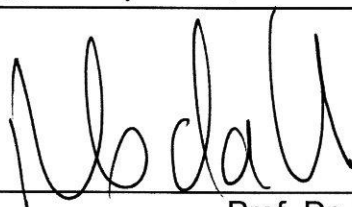
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Artes
da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final
para a obtenção do grau de Mestre em Artes.

Aprovada em 30 de setembro de 2014.

Comissão Examinadora



Prof. Dr. Nelson Pôrto Ribeiro
(orientador – PPGA/UFES)



Prof. Dr. Ricardo Luiz Silveira da Costa
(membro interno – PPGA/UFES)



Profa. Dra. Rosina Trevisan Martins Ribeiro
(membro externo - UFRJ)

Às minhas queridas avós (*in memoriam*), Maria Aparecida Motta de Azevedo e Maria do Carmo Pinto Monteiro, meus exemplos de mulheres fortes, lutadoras e extremamente inteligentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, meus pais, Fernando Antônio Pinto Monteiro e Cléia Aparecida de Azevedo Monteiro, e minha irmã Fernanda Monteiro, que sempre me amaram e me apoiaram na decisão de largar tudo e me dedicar ao mestrado;

Ao João Carlos Miguel Costa, que me deu amor e apoio durante essa jornada;

Ao meu orientador, Nelson Pôrto Ribeiro, pela confiança e orientação;

Aos amigos de longa data, Luiz Eduardo de Araújo, Sabrine Mendonça, Rafaella Quaresma, Bárbara Carmo, Layla Talin, Patrícia Salviani, Thiago Andrade, que souberam compreender minha ausência e divertir meus poucos momentos de distração;

Aos amigos de Vitória, Lívia Moraes, Daniel Zippinotti, Esther Moraes, Luli Ramalho, Gabriela Cuzzol, Aline Vargas e Bruno Lima pelo apoio e incentivo durante o mestrado e principalmente nessa reta final exaustiva;

Ao Dr. Gilson Gilbert, que me acompanhou nesse período; e

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES, pela bolsa de mestrado.

Em especial, agradeço aos amigos que ajudaram não só com apoio emocional, mas também pelo apoio na confecção do trabalho:

À Fernanda Cota, por todo o incentivo diário, ajuda no Levantamento Fotográfico do Palácio Universitário e a ajuda nos desenhos das Plantas;

Ao Luiz Fernando, pela ajuda nos Arquivos, na leitura dos Manuscritos e nas Referências dos Documentos;

Às amigas Racchel Santiago e Ana Beatriz Guimarães que me abrigaram em Belo Horizonte quando precisei apresentar um trabalho da dissertação no Colóquio Internacional de Paisagem Cultural; e

À Marcella Valadares e os Amigos da Monte, pela hospedagem grátis e informações sobre como chegar aos Arquivos e às Instituições no Rio de Janeiro.

RESUMO

O Patrimônio Cultural da Saúde consiste nos bens materiais e imateriais que expressam o processo da saúde individual e coletiva nas suas dimensões científica, histórica e cultural. Com a inserção do Brasil, através da COC-Fiocruz e do Ministério da Saúde, na Rede Latino-americana de Patrimônio Cultural da Saúde, iniciou-se o incentivo ao estudo da história da medicina e da arquitetura hospitalar, buscando também a proteção e a salvaguarda da memória das edificações hospitalares históricas. O século XIX foi marcado pela construção de várias edificações voltadas para o controle e reclusão dos pobres, essas instituições eram: a Casa de Correção, a Santa Casa da Misericórdia, o Hospício de Pedro II, o Asilo da Mendicidade e as Instituições de acolhimento de Menores. Dessas edificações destacam-se a Santa Casa da Misericórdia, o Hospício de Pedro II e o Asilo da Mendicidade que formam o Patrimônio Arquitetônico da Saúde tombado em nível federal. O Hospital da Santa Casa da Misericórdia foi construído em 1840-1852 sob os modernos preceitos da medicina do século XIX. A edificação até hoje mantém o uso hospitalar e apresenta um estado de conservação bom em seu exterior. Porém as condições internas foram consideradas ruins devido à falta de salubridade e higiene nos ambientes. O Hospital da Santa Casa é um Hospital de Referência, realiza atendimentos ambulatoriais, cirúrgicos e de internação. O Hospício de Pedro II foi criado para atender exclusivamente os alienados do Império. O estilo neoclássico e a monumentalidade da edificação o fizeram ser reconhecido como Palácio dos Loucos. O hospício funcionou até 1944 e quatro anos depois a edificação foi cedida à Universidade do Brasil, que adaptou sua arquitetura ao uso educacional. A edificação apresenta estado de conservação regular, com exceção da área central composta pela Capela que está ruim, devido ao incêndio de 2011. O Palácio dos Loucos tornou-se Palácio Universitário, modificando sua identidade através das mudanças que foram feitas em sua arquitetura. O Asilo da Mendicidade foi criado em 1876 para fechar o pentágono asilar. A edificação panóptica buscava a efetiva observação e controle dos internos. A edificação funcionou como Asilo para mendigos até 1920, quando transformou-se em Hospital de São Francisco de Assis. Posteriormente o hospital seria transferido para a Universidade do Brasil, que funcionou como hospital escola até 1978. O Hospital foi desativado e ficou sem uso por dez anos, quando enfim voltou a funcionar como um estabelecimento destinado aos mais pobres. O conjunto da edificação é o que apresenta o pior estado de conservação, considerado de ruim a péssimo. Comprovou-se com essa pesquisa que o mais importante para a preservação das características arquitetônicas e artísticas do bem é a manutenção do uso, seja ele qual for. Os novos usos devem ser adequados também às características e à capacidade da arquitetura em questão. Através de reformas e planos adequados, os hospitais oitocentistas, que hoje se apresentam como Patrimônio Arquitetônico da Saúde, podem manter um uso similar para o qual foi construído, como uma edificação voltada à promoção da saúde da população.

Palavras-chave: Patrimônio Arquitetônico da Saúde; Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro; Hospício de Pedro II; Asilo da Mendicidade.

ABSTRACT

The History and Heritage of health is every material or immaterial assets that can express the individual and collective health process, in its scientific, historic and cultural dimensions. When Brazil became one of the members of the Latin-America Network of Health's Heritage and History, through the Health Ministry and the Oswaldo Cruz's House, it began the improvement of the studies about the history of medicine and hospital architecture, seeking also the protection and preservation of these memories. The 19th century is characterized by the construction of buildings designated to control and to exclude the poverty. These buildings were: the Correction House, the Hospital of Mercy, the Pedro Second's Hospice, the Mendicants Asylum and Abandoned Children's Institutes. The buildings mentioned above, it was selected three of them to study in this research. These three, the House of Mercy, the Pedro Second's Hospice and the Mendicants Asylum, are protected by the Heritage federal law. The House of Mercy was constructed in 1840-1852 by the medicine's modern concepts. The building still has the healthy use and has a good condition in the front of the hospital. Although, its internal conditions are very bad, with lack of healthiness and hygiene. The House of Mercy is a grand Hospital that does a lot of ambulatory care, surgeries and hospitalization. The Pedro Second's Hospice was created to take care of the 19th crazies. The neoclassical style and the buildings monumental transformed the Hospice into de Palace of Fools. The hospice worked until 1944 and four years later the building was transferred to the Brazilian University, which changes the hospice to educational use. The construction has a good condition, except for the Chapel that was destroyed on fire in 2011. The Palace of Fools became the University Palace, changing its identity through the architectural changes. The Mendicants Asylum was created in 1876 to close and finish the healthcare pentagon. The Panoptic building seeks the perfect observation of the interns. The construction was an Asylum through the end of 19th century and the beginning of 20th century, when it was transformed in the San Francisco de Assis Hospital. Later, in that century, the hospital became a Teaching Hospital, connected to the Brazilians University. The Teaching hospital worked until 1978, when it was closed. The building lost its use, until 1988, when the Hospital became to work again, as a public hospital to the poverty. This Hospital is the one that has the worst architectural condition. This research proved that the most important thing in the preservation subject is the uninterrupted use of the architecture, whatever the use is. The new uses must be suitable with the building characteristics and abilities. Through the renovations and appropriated architectural plans, the 19th century hospitals, that today are the heath heritage, can be a technological health building, holding to its original or similar use. The old hospitals can be buildings focused on the people's health.

Key-words: History and Heritage of health; House of Mercy; Pedro Second's Hospice; Mendicants Asylum.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Foto da fachada do Hôtel-Dieu Fotografia: Desconhecido. Fonte: Hospices, 2013.	31
Figura 2 – O Hôtel-Dieu é um exemplar da arquitetura francesa do século XV. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Hospices, 2013.	31
Figura 3 – Museu mostra como funcionavam os atendimentos de saúde no século XV. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Hospices, 2013.	31
Figura 4 – Fotos do interior do museu, onde nota-se a representação de como era o tratamento no hospital do século XIX. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Assistance, 2013.	31
Figura 5 – Exterior do Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Assistance, 2013.	31
Figura 6 – Fachada restaurada da edificação, marco do Patrimônio Cultural da Saúde Chileno. Fonte: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011.	32
Figura 7 – Pátio central do Hospital construído no século XIX fornecia aeração e insolação aos pacientes acometidos por doenças epidêmicas. Fonte: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011.	32
Figura 8 – Mapa do Brasil com a localização dos Estados que apresentam bens arquitetônicos da saúde tombados pelo IPHAN. Até o momento foram levantados 27 tombamentos de bens culturais da saúde em todo o Brasil. Fonte: Autora.	34
Figura 9 – As cinco ordens na arquitetura neoclássica, Toscana, Dórica, Jônica, Coríntia e Composita. Fonte: Chitham, 2005.	55
Figura 10 – Casa de Correção destinada a prender e corrigir os infratores, os criminosos e os vadios. Fotografia: Carioca Rio, 2014.	60
Figura 11 – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro destinada a tratar os pobres doentes. Fotografia: Marc Ferrez (1904). Fonte: Alma Carioca, 2014.	60
Figura 12 – Hospício de Pedro II destinado ao tratamento dos alienados. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Lopes, 2008.	60
Figura 13 – Asilo da Mendicidade destinado aos mendigos inválidos. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.	60
Figura 14 – Recolhimento das órfãs destinado a abrigar as meninas que não possuísem família. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Gandelman, 2001.	60
Figura 15 – Casa dos Expostos destinada ao abrigo das crianças abandonadas e meninos sem família. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Gandelman, 2001.	60
Figura 16 – Planta da Cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro e suas Fortificações. Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa – Brigadeiro João Massé, 1713.	67
Figura 17 – Aquarela de Thomas Ender. Largo da Misericórdia e Igreja de Bonsucesso, em 1817-1818. Fonte: Ferrez, 1957.	68

Figura 18 – A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro contígua a Igreja da Irmandade. Fonte: Arquivo Central do IPHAN-RJ, 1938.	68
Figura 19 – A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro contígua a Igreja da Irmandade. Fonte: Arquivo Central do IPHAN-RJ, 1938.	68
Figura 20 – Planta Hidrográfica da famosa Bahia do Rio de Janeiro [Cartográfico]. Planta da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro em 1775. Ampliação da região do Largo da Misericórdia, com destaque em verde para a edificação do Hospital da Misericórdia. Fonte: FBN Cartografia - ARC.030,02,015 (1775) adaptado pela autora.	69
Figura 21 – Prospecto da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro em 1775. Ampliação da região do Largo da Misericórdia. Fonte: FBN Cartografia - ARC.030,02,015 (1775) adaptado pela autora.....	69
Figura 22 - Morro do Castelo em 1780, onde se pode observar a proximidade da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e sua localização na Praia de Santa Luzia. Fonte: Abreu, 1987.	73
Figura 23 – Planta da Santa Casa da Misericórdia representando a data de construção de cada bloco de seu conjunto arquitetônico. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1938, adaptado pela Autora, 2014 [Desenho de Fernanda Trindade].	83
Figura 24 – Novo Hospital da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro, construído entre 1840 e 1852, litografia de Pieter G. Bertichem. Fonte: FBN Iconografia Icon393044 - O Brasil Pitoresco e Monumental, 1856.	83
Figura 25 – Porta de Entrada da Capela do Sacramento possui motivos florais e encimados por rocalhas e folhas de acanto. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.....	84
Figura 26 – Detalhe da Cúpula e do lanternim da Capela. A talha dourada foi feita pelo artista Antônio de Pádua e Castro Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014...84	
Figura 27 – Altar da Capela com pintura com tema da Última Ceia de Manuel de Araújo Porto-Alegre. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.	84
Figura 28 – Planta da cidade do Rio de Janeiro organizada do Arquivo militar pelos oficiais em 1858. Ampliação da região do Largo da Misericórdia, com destaque em verde para a nova edificação do Hospital da Misericórdia. Fonte: FBN Cartografia - ARC.005,08,001 (1858) adaptado pela autora.	85
Figura 29 - Foto da Fachada principal onde também se pode observar a grande extensão da edificação e sua simetria. Fotografia: Paulo Paes (2013) Fonte: SCMRJ, 2014.....	86
Figura 30 – Frontão que marca a entrada da fachada principal, construído por Luís Giudice. Fotografia: Desconhecido. Fonte: SCMRJ, 2014.	86
Figura 31 – Destaque para o frontispício em estilo neoclássico. Fotografia: Desconhecido. Fonte: SCMRJ, 2014.....	86
Figura 32 – Detalhe do Frontão Reto em pedra de Liz projetado por Luiz Giudice e instalado na edificação da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro em 1868. Fotografia: Luiz Eugênio Teixeira Leite (2013). Fonte: Leite, 2013.	87
Figura 33 – Medalhão localizado no centro do Frontão. Este representa a Alegoria à Misericórdia. Fotografia: Luiz Eugênio Teixeira Leite (2013). Fonte: Leite, 2013.	87

Figura 34 – Figuras e ornatos dispostos ao lado direito do Medalhão, representando a Religião Católica. Fotografia: Luiz Eugênio Teixeira Leite (2013). Fonte: Leite, 2013.....	87
Figura 35 – Figuras e ornatos dispostos ao lado esquerdo do Medalhão, representando a Medicina e a Ciência. Fotografia: Luiz Eugênio Teixeira Leite (2013). Fonte: Leite, 2013.	87
Figura 36 – Estátua de Anchieta, por Fernando Pettrich. Fotografia: Zarur (1999). Fonte: Zarur, 1999.	89
Figura 37 – Quadros com os Benfeitores e Provedores da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, localizado no Salão dos Benfeitores. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.	89
Figura 38 – Estuque do teto do Salão Nobre feito por Francisco Chaves Pinheiro. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.	89
Figura 39 – Salão Nobre. Toda a decoração e ornamentação do ambiente foi obra de Francisco Chaves Pinheiro. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.....	89
Figura 40 – Planta do Hospital da Santa Casa da Misericórdia – Pavimento Térreo. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1938, adaptação da Autora, 2014. [Desenho de Fernanda Trindade].....	90
Figura 41 – Planta do Hospital da Santa Casa da Misericórdia – Primeiro Pavimento. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1938, adaptação da Autora, 2014. [Desenho de Fernanda Trindade].....	91
Figura 42 – Mapa da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, destaque para a antiga edificação do hospital, contígua à Igreja da Misericórdia, e a Nova edificação do hospital. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Adaptação da Autora.	97
Figura 43 – Frontão e os detalhes artísticos da fachada apresentam bom estado de conservação, com apenas algumas manchas de umidade, que não comprometem a estrutura. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	98
Figura 44 – Pode observar que o frontispício, parte principal da fachada frontal, em bom estado de conservação, com elementos ornamentais inteiros. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	98
Figura 45 – Os danos na platibanda da edificação causados pela umidade do telhado apresentam-se em toda a sua extensão. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.....	98
Figura 46 – As esquadrias apresentam bom estado com danos pontuais que não prejudicam as suas estruturas. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	98
Figura 47 – Fotografia destaca uma das enfermarias do hospital que apresenta condições pouco confortáveis aos pacientes, com mobiliário obsoleto e camas com pouca distância entre si. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.....	99
Figura 48 – Fotografia destaca outra enfermaria do hospital que apresenta divisórias na compartimentação dos leitos. O assoalho encontra-se em estado regular, necessitando de recuperação. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.	99
Figura 49 – Fotografia apresenta uma das salas administrativas de atendimento aos pacientes. O ambiente apresenta problemas nas paredes com presença de umidade. As	

divisórias não possuem um padrão estético poluindo a visualmente o ambiente. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.99

Figura 50 – Vista de um dos corredores do andar térreo. Pode-se notar grandes danos no revestimento, reboco e pintura, das paredes. Os Azulejos Portugueses apresentam-se em péssimo estado, com muitas peças perdidas, quebradas ou manchadas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014..... 99

Figura 51 – Detalhe das Paredes dos Corredores do hospital cobertas por azulejos portugueses. Eles estão em péssimo estado de conservação, com muitas peças danificadas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014. 100

Figura 52 – Nos fundos da edificação há uma grande quantidade de umidade nas paredes, muitas machas, sujidades, descolamento de reboco e presença de vegetação na fachada. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014..... 100

Figura 53 – Detalhe das Instalações que se apresentam precárias e necessitam de reparo e urgente. Destaque para a janela e parede danificadas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014. 100

Figura 54 – Foto dos corredores de acesso às enfermarias do segundo pavimento. As paredes necessitam de pintura e tratamento contra umidade. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014. 100

Figura 55 – Parte da Edificação vista por uma janela dos corredores. Nota-se que os danos no reboco, na pintura estão em todas as partes do hospital. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014. 100

Figura 56 – Litografia do Hospício de Pedro II por P. G. Bertichem (1856). Fonte: FBN Iconografia Icon393044 - O Brasil Pitoresco e Monumental, 1856.....118

Figura 57 - Plano do Novo Hospital de Charenton em Paris Fonte: Neves, 1848119

Figura 58 - Alienada do Hospício Salpêtrière na fase de imobilidade. Gravura: P. Richer. Fonte: Richer, 1881.....119

Figura 59 - Alienada na fase de movimentos bruscos. Gravura: P. Richer. Fonte: Richer, 1881.....119

Figura 60 - Alienada do Hospício Salpêtrière na fase de contorção. Gravura: P. Richer. Fonte: Richer, 1881.....120

Figura 61 - Alienada do Hospício Salpêtrière na fase de melancolia. Gravura: P. Richer. Fonte: Richer, 1881.....120

Figura 62 – Planta do Hospício de Bicêtre. E. Poulet Galimard, del. 1813 Fonte: Bibliothèque nationale de France, 2014.120

Figura 63 - Hospício Nacional de Alienados. Fotografia: Augusto Malta, 1903. Fonte: Hoirisch, 2007.....122

Figura 64 – Frontispício de Joaquim Cândido Guillobel. Fonte: Brasil, 1904-1905.....122

Figura 65 - Planta do térreo (Levantamento 1993) A parte da construção marcada de amarelo constitui o volume construído em 1852. A parte marcada de azul corresponde aos acréscimos feitos em 1904. Fonte: Hoirisch, 2007.....123

Figura 66– Planta do 2º pavimento (Levantamento 1993) A parte da construção marcada de amarelo constitui o volume construído em 1852. A parte marcada de azul corresponde aos acréscimos feitos em 1904. Fonte: Hoirisch, 2007.....	123
Figura 67– Planta do 3º pavimento (Levantamento 1993) A parte da construção marcada de amarelo constitui o volume construído em 1852. Fonte: Hoirisch, 2007.	124
Figura 68 – Pórtico de entrada em Gnaiss Bege, com três portas de entrada e três janelas na galeria superior. Fotografia: Bira Soares, 2002. Fonte: Calmon, 2004.....	125
Figura 69 – Galeria de acesso aos quartos do piso superior. Destacam-se as portas em madeira, o assoalho em madeira de lei e parede ornada com azulejos portugueses. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.....	125
Figura 70 – Estátuas e Grandes Vasos Ornamentais que ornem a platibanda. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	125
Figura 71 – Escada principal projetada por José Maria Jacinto Rabelo. Fotografia: Marisa Hoirisch (2007). Fonte: Hoirisch, 2007.	125
Figura 72 – Estátua Deusa da Caridade Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.....	126
Figura 73 – Estátua Deusa da Ciência Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.....	126
Figura 74 – Planta do Panóptico. As celas ou aposentos se localizam na parte exterior do círculo e a vigilância localiza-se no centro. Fonte: Foucault, 1987.....	128
Figura 75 – Modelo geral de uma Penitenciária. O modelo radial do prédio é a melhor forma de manter os encarcerados sob vigilância constante. Fonte: Bentham, 1843.	128
Figura 76 – Dormitório de epiléticos, com camas especiais. Fonte: Brasil, 1904-1905.....	131
Figura 77 – Um quarto de pensionista. Fonte: Brasil, 1904-1905.....	131
Figura 78 – Pavilhão dos Imundos. Fonte: Brasil, 1904-1905.	131
Figura 79 - Sala de costura. Fonte: Brasil, 1904-1905.....	131
Figura 80 – Jardim Geométrico do Pavilhão Bourneville. Fonte: Brasil, 1904-1905.	131
Figura 81 - Sala de diversão dos enfermos. Fonte: Brasil, 1904-1905.....	131
Figura 82 - Plano Geral do Hospício de Pedro II. Fonte: Brasil, 1904-1905.....	136
Figura 83 – Gradil com muitas pichações e sujidades. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.....	140
Figura 84 – Gradil com muitas pichações e sujidades. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	140
Figura 85 – Paredes da Fachada com pintura desgastada e manchada. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	140

Figura 86 – Detalhe do frontão em Gnaiss Bege em bom estado de conservação. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.....	140
Figura 87 – Planta do Pavimento Térreo. Fonte: Hoirisch, 2007; Esquema da Autora. Legenda:.....	141
Figura 88 – Planta do Primeiro Pavimento. Fonte: Hoirisch, 2007. Esquema da Autora. Legenda:.....	142
Figura 89 – Planta do Segundo Pavimento. Fonte: Hoirisch, 2007. Esquema da Autora. Legenda:.....	143
Figura 90 - Fachadas do Palácio Universitário. De cima para baixo: fachada principal (nordeste), fachada posterior, fachadas laterais. Fonte: Hoirisch, 2007.	144
Figura 91 – Vestíbulo de Entrada. Fotografia: Marisa Hoirisch (2007). Fonte: Hoirisch, 2007.	146
Figura 92 – Biblioteca Pedro Calmon. Fotografia: Bira Soares (2002). Fonte: Hoirisch, 2007.	146
Figura 93 – Sala do Quarteto. Fotografia: Bira Soares (2002). Fonte: Calmon, 2004, p.58	146
Figura 94 – Salão Anísio Teixeira. Fotografia: Marisa Hoirisch (2007). Fonte: Hoirisch, 2007.	146
Figura 95 – Sala Moniz Aragão. Fotografia: Bira Soares (2002). Fonte: Hoirisch, 2007.	146
Figura 96 - Salão Vermelho. Fotografia: Bira Soares (2002). Fonte: Hoirisch, 2007.	146
Figura 97 – Salão Dourado. Fotografia: Bira Soares (2002) Fonte: Hoirisch, 2007.....	146
Figura 98- Auditório Pedro Calmon. Fotografia Bira Soares (2002). Fonte: Hoirisch, 2007.	146
Figura 99 – Azulejo Português com descolamento em várias partes dos corredores. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.....	147
Figura 100 – Assoalho em Madeira de lei em bom estado de conservação. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	147
Figura 101 – Piso em Ladrilho Hidráulico em estado regular de conservação, com danos apenas pontuais. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal...	147
Figura 102 – Forro de madeira com manchas de umidade e desgaste na pintura. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	147
Figura 103 – Pátio do Fórum de Cultura e Ciência. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	147
Figura 104 – Pátio ajardinado transformado em Teatro Arena Carvalho Netto. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	147
Figura 105 – Pátio da Escola de Comunicação. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	147

Figura 106 – Pátio interno do Instituto de Educação. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	147
Figura 107 – Instalação do Bebedouro provocando infiltração e deixando manchas nos azulejos. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	148
Figura 108 – Instalação de aparelho de ar condicionado na bandeira da janela. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	148
Figura 109 – Elevador localizado no Instituto de Economia, próximo ao Salão Dourado. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	148
Figura 110 – Elevador próximo ao Gabinete de Coordenação do Fórum de Ciência e Cultura. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	148
Figura 111 – Divisórias baixas que separam os espaços em pequenas salas. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	149
Figura 112– Outro modelo de divisória usada no Palácio Universitário. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.	149
Figura 113 – Interior da Capela incendiada em 2011. Fotografia: Isabele Rangel (2013). Fonte: Notícias R7.	150
Figura 114 – Vista do telhado provisório. Fotografia: Isabele Rangel (2013). Fonte: Notícias R7.	150
Figura 115 – Vista superior onde é possível observar o estrago do incêndio e a destruição total da cobertura. Fotografia: Desconhecido. (2011). Fonte: Jornal O Dia, 2011.	150
Figura 116 – Interior do Palácio Universitário durante o incêndio que destruiu a Capela. Fotografia: Bira Soares e Everaldo Carneiro (2011). Fonte: Jornal O Globo, 2011.	150
Figura 117 – Planta do Panóptico de Bentham. Fonte: Foucault, 1987.	162
Figura 118 – Elevação da edificação circular panóptica. Fonte: Bentham, 1838-1843.	162
Figura 119 – Modelo simplificado do Panóptico de Bentham. Fonte: Bentham, 1838-1843.	162
Figura 120 - Prisão de Petit Roquette – França. Fonte: Foucault, 1987.	162
Figura 121 - Projetos de penitenciárias de Harou-Romain. Fonte: Foucault, 1987.	162
Figura 122 – Por dentro da Prisão de Haarlem nos Países Baixos. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Koolhaas; Mau, 1995.	163
Figura 123 – Construção da Prisão de Haarlem nos Países Baixos. Fonte: Koolhaas; Mau, 1995.	163
Figura 124 - Interior da penitenciária de Stateville, Estados Unidos, século XX. Fonte: Foucault, 1987.	163
Figura 125 - Planta da Cidade do Rio de Janeiro, 1884. Fonte: Plano Diretor, 2004.	164

Figura 126 - Vista do Mangal de São Diogo. Ao fundo a Rua Visconde de Itaúna e o Asilo da Mendicidade, 1889. Fonte: Plano Diretor, 2004.	164
Figura 127 - Planta da Edificação, em 1924, completa com anexo da reforma 1922. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1983.	165
Figura 128 – Fachada do Asilo. Fonte: Aguinaga, 1977.	166
Figura 129 - Fachada do Asilo. Fonte: Aguinaga, 1977.	166
Figura 130 – Fachada Principal do Asilo no Século XX. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1983.	166
Figura 131 – Asilados. Fonte: Aguinaga, 1977.	169
Figura 132 - Pavilhões do Asilo em 1912. Fotografia: Augusto Malta. Fonte: Plano Diretor, 2004.	169
Figura 133 – Asilados deixando o Edifício do Asilo de São Francisco e dirigindo-se para os automóveis. Em destaque as duas mais antigas asiladas, Dona Rosa e Dona Joaquina. Fonte: A Noite, 1920.	171
Figura 134 - Hospital em 1938. Fonte: UFRJ, 2013.	173
Figura 135 - Fachada do Hospital já adaptado para receber o uso hospitalar. Fonte: UFRJ, 2013.	173
Figura 136 - Planta do Conjunto do Hospital-Escola. Nessa imagem é possível visualizar o crescimento do conjunto ao passar dos anos. Fonte: UFRJ, 2013.	177
Figura 137 – Planta Baixa do Pavimento Térreo – Ocupação. Fonte: Plano Diretor, 2004.	178
Figura 138 – Planta Baixa do Mezanino do Pavimento Térreo – Ocupação. Fonte: Plano Diretor, 2004.	178
Figura 139 – Planta Baixa do Primeiro Pavimento – Ocupação. Fonte: Plano Diretor, 2004.	179
Figura 140 – Planta Baixa do Mezanino do Primeiro Pavimento – Ocupação. Fonte: Plano Diretor, 2004.	179
Figura 141 – Vista Interna do Mezanino interferindo na esquadria da edificação. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.	181
Figura 142 – Laje pré-moldada que estrutura o Mezanino do Primeiro Pavimento. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.	181
Figura 143 – Vista interna do vão correspondente à Torre de Observação que ligava à passarela. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.	181
Figura 144 – Foto interna de uma das Salas de Apoio à Saúde da Comunidade. Essa é uma das partes em uso que apresentam um bom estado de conservação. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.	181
Figura 145- Vista Lateral do Prédio 3 onde pode se observar o péssimo estado de conservação. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.	183

Figura 146 – Prédio 3, um dos piores em estado de conservação, nota-se a grande quantidade de vegetação crescendo na fachada. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	183
Figura 147 – Mais uma vista do Prédio 3. Nota-se que grande parte da fachada e da estrutura comprometida. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	183
Figura 148 – Detalhe do Prédio 3 que está em alto estado de degradação. Nota-se as esquadrias danificadas, a falta de vidros, reboco faltante e inúmeras vegetações crescendo nas paredes e telhados. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.	183
Figura 149 - Barrote do Prédio 3 com ataque de xilófagos. Pode-se observar o péssimo estado de conservação da estrutura e a falta de forro no teto. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.	183
Figura 150 - Vista Interna do Pavimento Térreo do Prédio 3. No fundo da edificação pode-se observar a ligação com o anexo. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004. ..	183
Figura 151 – Vista Interna do Primeiro Pavimento do Prédio 3, onde é possível observar o estado das paredes, do forro e do piso em madeira. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	183
Figura 152 – Detalhe da Alvenaria Mista que estruturam os prédios originais. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	184
Figura 153 – Anexo construído no prédio 1. A construção de alvenaria de tijolos se encontra em estado de conservação ruim. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004. ..	184
Figura 154 – A edificação possui grande quantidade de instalações elétricas mal feitas como a da foto acima, colocando o prédio em risco de incêndio. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	184
Figura 155 – Detalhe da Sacada do Bloco 5. Nota-se a presença de ferrugem danificando as peças em ferro. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	184
Figura 156 – Visada interna do pátio entre os pavilhões radiais. Nota-se que a edificação tem muitas pichações e danos na fachada. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	184
Figura 157 – Detalhe do guarda corpo em ferro interrompido para a construção de um elevador no prédio 7 ^a . Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	184
Figura 158 – Interior do Prédio 1. Nota-se a precariedade das instalações elétricas e a falta de forro no teto. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.	184
Figura 159 – O prédio da Esterilização apresenta aspecto degradado e não apresenta características estilísticas que harmonizam com o conjunto original. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	185
Figura 160 – Detalhe da Circulação Externa onde é possível encontrar vestígio da Passarela que ligava os raios à Torre do Panóptico. Fonte: Plano Diretor, 2004.	185
Figura 162 - Circulação Externa do Primeiro Pavimento coberto por estrutura de madeira ou em abobadilhas sustentadas por pilares metálicos. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.....	185

Figura 163 – Estado de conservação atual da fachada principal do Hospital. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.	187
Figura 164 – Foto mostra as esquadrias e os vidros danificados. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.	187
Figura 165 - Fotos do estado atual do inteiro da edificação, é possível notar o total estado de abandono. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.....	187
Figura 166 - Nessa imagem é possível observar que partes da edificação já estão em ruínas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.....	187
Figura 167 – A pintura externa e o reboco das paredes e platibandas apresentam-se em estado de conservação ruim. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.	187
Figura 168 – Detalhe do Corredor de Acesso aos pavilhões. Nota-se danos no revestimento, pintura e nos azulejos. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.	187
Figura 169 – Foto mostra o jardim e as esquadrias e paredes da Torre Central de Observação bem danificados. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.	187
Figura 170 - Esquadrias das Janelas voltadas para a parte central da edificação estão bastante danificadas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.	187
Figura 171 - Planta Baixa do Pavimento Térreo – Usos. Fonte: Plano Diretor, 2004.	188
Figura 172 – Planta Baixa do Mezanino do Pavimento Térreo – Usos. Fonte: Plano Diretor, 2004.	189
Figura 173 - Planta Baixa do Primeiro Pavimento – Usos. Fonte: Plano Diretor, 2004.	190
Figura 174 - Planta Baixa do Mezanino do Primeiro Pavimento – Usos. Fonte: Plano Diretor, 2004.	191

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
a. Teorias da Preservação do Patrimônio Cultural	19
b. A Preservação do Patrimônio Cultural no Brasil.....	24
c. A Definição do Patrimônio Cultural da Saúde	28
d. A Preservação do Patrimônio Cultural da Saúde no Brasil: Tendências Atuais.....	33
e. Panorama Geral da História da Saúde no Brasil (séc. XVI - XIX)	39
f. O Hospital e a Arquitetura Hospitalar Brasileira no Século XIX.....	51
1. CAPÍTULO 1: A SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO: AS REFORMAS E ADAPTAÇÕES NO HOSPITAL DOS POBRES.....	62
1.1. A Construção da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro	65
1.2. Reconstrução e modernização do Hospital da Santa Casa.	79
1.3. Discussões sobre a modernização e reformas da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e seu Estado de Conservação Atual.	95
2. CAPÍTULO 2: O HOSPÍCIO DE PEDRO II TRANSFORMA-SE EM PALÁCIO UNIVERSITÁRIO: MUDANÇAS E NOVOS USOS PARA A ARQUITETURA HOSPITALAR DO SÉCULO XIX.....	103
2.1. Os Loucos na Cidade do Rio de Janeiro.....	110
2.2. A Construção do Hospício de Pedro II	117
2.3. O Funcionamento do Hospício de Pedro II	129
2.4. Decadência do Hospício de Pedro II.....	133
2.5. Formação da Universidade do Brasil: Da criação aos dias atuais.	138
3. CAPÍTULO 3: DO ASILO DA MENDICIDADE AO HOSPITAL HIGIENISTA DO SÉCULO XX: CONSTRUÇÃO, TRANSFORMAÇÃO E ABANDONO DO PANÓPTICO BRASILEIRO.	153
3.1. A Construção do Asilo da Mendicidade	158
3.2. Do Hospital Higienista do Século XX ao Hospital Escola da Atualidade	172
3.3. Estado Atual de Conservação do Panóptico Brasileiro.	176
CONSIDERAÇÕES FINAIS	196
REFERÊNCIAS	206

INTRODUÇÃO

a. Teorias da Preservação do Patrimônio Cultural

Originalmente “herança do pai” no direito romano antigo, entendia-se como patrimônio de um particular o complexo de bens que tinham algum valor econômico, que podiam ser objeto de apropriação privada. [...] Com o tempo, porém o uso desse termo sofre uma ampliação e um deslocamento, sendo hoje utilizado em uma série de expressões como “patrimônio arquitetônico”, “patrimônio histórico e artístico”, “patrimônio cultural”, e mesmo “patrimônio natural”, que abrangem uma gama de fenômenos muito mais ampla que a inicial¹.

A palavra Patrimônio pode assumir diferentes conceitos, dependendo do lugar, época e contexto relacionado. O patrimônio é uma palavra que se refere a um bem de usufruto de uma comunidade e foi através dos monumentos e cidades históricas que as sociedades ocidentais modernas construíram a sua identidade. O monumento é tudo que for edificado por uma comunidade de indivíduos para rememorar ou fazer com que outras gerações de pessoas rememorem acontecimentos, sacrifícios, ritos ou crenças².

Um monumento pode ser definido no sentido mais antigo e primitivo, como uma obra realizada pelas mãos humanas e criada com fim específico de manter a história viva e presente na consciência das gerações futuras³. Não apenas monumentos construídos intencionalmente para tal fim devem ser considerados monumentos. Monumentos não intencionados, mesmo que seus autores só pretendessem satisfazer as necessidades práticas com a obra, devem ser preservados como testemunho da vida e da criação artística de uma época. *“Em todos os casos, tanto nos intencionados como nos não intencionados, se trata de um valor rememorativo, e por esta razão falamos de monumentos ao nos referirmos a ambos”*⁴.

No começo do século XX o monumento é considerado uma criação deliberada cuja destinação foi pensada *a priori*, de forma imediata, enquanto o monumento histórico não é, desde o princípio, desejado e criado como tal, ele é constituído *a posteriori* pelos olhares convergentes do historiador e do amante da arte, que o selecionam na massa de edifícios existentes⁵.

¹ CASTRIOTA, L. B. *Patrimônio cultural: conceitos, políticas, instrumentos*. São Paulo: Annablume,

² CHOAY, F. *A alegoria do patrimônio*. São Paulo: UNESP. 2001. p.18

³ RIEGL, A. *El Culto Moderno a los Monumentos*. Viena, 1903. tradução espanhola de Tomás Bretón, Madri, 1987. p.23.

⁴ Ibid. p. 28-30.

⁵ Ibid. p. 31.

A ideia de um patrimônio comum a um grupo social, definidor de sua identidade e enquanto tal merecedor de proteção nasce no final do século XVIII, com a visão moderna de história e cidade⁶.

Com as novas ideias de modernidade e preservação, a ideia de patrimônio é resignificada assim como o patrimônio edificado em si. Restos arqueológicos, monumentos ou edificações são fontes de cultura materiais, e a eles podem ser atribuídos significados como identidade nacional, diferença étnica, diferença de classes, etc.⁷.

Os monumentos definidos com dignos de preservação são, em grande parte, arquitetônicos, que para o teórico Ruskin é a arte centralizadora e protetora da memória de um povo. A arquitetura é vencedora do esquecimento do mundo, podendo proporcionar aos habitantes de hoje o que os homens das épocas passadas pensaram, sentiram, manusearam e contemplaram⁸.

A preocupação com os monumentos do passado existe desde o Renascimento, mas foi a partir do século XIX que se iniciaram os estudos na área da preservação e restauração dos monumentos. Na França a preocupação com a Preservação do Patrimônio, principalmente o edificado, já acontecia no fim do século XVIII, mas foi em 1837 que foi criada a primeira Comissão dos Monumentos Históricos. Essa comissão separava os monumentos em três categorias, as edificações remanescentes da Antiguidade, os edifícios religiosos da Idade Média e alguns Castelos. A preservação girava em torno da arquitetura erudita e somente depois que todas as formas de arte de construir foram valorizadas⁹. Foi constatada que só seria possível de fato a preservação do patrimônio com uma legislação protetora e uma disciplina de conservação. Com a Comissão dos Monumentos Históricos, a França começou a estabelecer as primeiras legislações de proteção ao seu patrimônio, decidindo o que havia de ser preservado¹⁰.

A Preservação do Patrimônio, assim como a restauração, é uma disciplina que de fato se estruturou a partir de finais do século XVIII e se consolidou como campo disciplinar autônomo no final do século XIX e início do século XX¹¹. Os principais escritores dessa época desenvolveram teorias que regeram a proteção do Patrimônio durante o século XX e ainda influenciam nas discussões sobre a preservação do patrimônio atual.

⁶ SANTOS, C. R. *Novas fronteiras e novos pactos para o patrimônio cultural*. São Paulo em Perspectiva vol.15 no2, Abril/Junho, 2001. p. 43.

⁷ CHOAY, 2001, p. 12.

⁸ RUSKIN, J. *A Lâmpada da Memória*. Cotia-SP: Ateliê Editorial, 2008. p. 54.

⁹ CHOAY, 2001, p. 12.

¹⁰ Ibid. p. 145.

¹¹ CUNHA, C. R.. *Restauração: diálogos entre teoria e prática no Brasil nas experiências do IPHAN*. 2010. 171 p. Tese (Doutorado - Área de Concentração: História e Fundamentos da Arquitetura e do Urbanismo) – FAUUSP, São Paulo, SP, 2010. p.23.

O Patrimônio não deve ser estático, pois um prédio que não se adéqua as tendências contemporâneas fica fadado ao abandono e a ruína. Muitas reformas devem ser feitas para que a arquitetura do monumento seja atualizada e para que o uso do patrimônio não seja perdido. As tendências atuais de gestão do Patrimônio Cultural incentivam a manutenção do uso na edificação, através de restaurações, requalificações e conservações.

A preservação do patrimônio arquitetônico está na dualidade entre o antigo e o novo. As edificações de valor histórico requerem intervenções para manterem-se aptas a abrigar as atividades humanas contemporâneas. Essas intervenções devem sempre ser reconhecíveis e podem ser feitas através de restaurações, conservações, requalificações, reconstrução ou réplica¹². Esses dois últimos devem ser evitados a todo custo, visto que são considerados uma falsidade arquitetônica. Os conceitos se aplicam a cada projeto a ser executado em um patrimônio arquitetônico. Devem ser evitadas, a todo custo, as reformas indiscriminadas, sem planejamento que resultam na descaracterização do bem.

Segundo Viollet-Le-Duc¹³, restaurar um edifício não é mantê-lo, repará-lo ou refazê-lo, é restabelecê-lo em um estado completo que pode não ter existido nunca em um dado momento. Já Cesare Brandi¹⁴ afirma que a Restauração consiste no momento metodológico do reconhecimento da obra de arte, na sua consistência física e na sua dúplici polaridade estética e histórica, com vistas à sua transmissão para o futuro.

Diferentes estudiosos definem a restauração em modos igualmente diversos, em função de seus respectivos endereçamentos teóricos, dando enfoque maior aos critérios conservativos ou naqueles inovativos ou ainda enfatizando a necessidade de balancear a conservação e a inovação; alguns restauradores têm uma aproximação mais voltada para a manutenção/conservação dos aspectos materiais da obra, outros, ao contrário, mais focados em projetar na e para a pré-existência. Equacionar os aspectos históricos (monumento como documento de história) com aqueles de natureza estética (monumento enquanto imagem figurada e expressão formal) é para muitos o grande desafio em um trabalho de restauração. Outros restauradores, ao contrário, defendem a prevalência dos aspectos documentais, contrapostos àqueles que veem no restauro apenas uma questão de restituição da forma. Há ainda os que advogam ser o restauro uma atividade exclusivamente técnico-científica, a ser resolvida dentro de um quadro de especialistas da arquitetura, da engenharia, da arqueologia, da química, da biologia, etc.¹⁵.

Apesar dos diversos pontos de vista, a restauração não pode ser discutida fora do campo cultural, pois pode tornar-se manipulação ou destruição injustificável daqueles objetos que se deseja preservar. Atualmente há a consciência de que as arquiteturas recebidas como

¹² COELHO, Cristina. O Projeto de Intervenção em Bens Culturais Imóveis Arquitetônicos e Urbanos. In: BRAGA, Márcia. *Conservação e Restauro: Arquitetura Brasileira*. Rio de Janeiro: Ed Rio, 2003. p.19.

¹³ VIOLLET-LE-DUC, Eugène Emmanuel. *Restauração*. Cotia-SP: Ateliê Editorial, 2000. p.29

¹⁴ BRANDI, Cesare. *Teoria da Restauração*. Cotia-SP: Ateliê Editorial, 2004. p. 30.

¹⁵ CUNHA, 2010, p. 24.

herança das gerações e civilizações do passado pertencem a outro momento histórico, diferente do presente. A apropriação de tais bens é considerada um ato de cultura e é somente dentro da esfera cultural que se pode pensar e discutir as proposições de restauro¹⁶.

Em geral, entende-se por restauração qualquer intervenção voltada a dar novamente eficiência a um produto da atitude humana. A restauração é a única forma de transmitir os conhecimentos dos antepassados através do Patrimônio, pois somente através dela é possível levar a obra de arte à perpetuidade. A conservação não deve ser confundida com a restauração, já que ela desenreda em uma gama infinita, que vai do simples respeito à intervenção mais radical, como ocorre no caso de se remover afrescos ou de se fazer a transposição de pinturas sobre madeira ou sobre tela¹⁷.

O melhor meio de assegurar as características estéticas e artísticas de um monumento ou obra de arte é através de uma restauração preventiva, ou conservação responsável pela salvaguarda do *status quo* da obra de arte. A Restauração Preventiva visa evitar a Restauração de Urgência, pois nessa última dificilmente será possível salvar todos os aspectos importantes do monumento¹⁸. A Restauração é a intervenção mais cara e demorada, é uma medida com rigorosos preceitos somente aplicado em edifícios ou conjuntos de grande importância, além de necessitar de profissionais especializados¹⁹.

A conservação se relaciona com a Restauração Preventiva e está ligada a manutenção ou restabelecimento das estruturas e funções das edificações²⁰. Esse método de preservação do patrimônio pode retardar o aparecimento de patologias na construção, reparando as partes danificadas, e com isso aumentado a vida dos edifícios. Uma conservação bem feita ao longo dos anos é capaz de retardar a necessidade de uma restauração²¹.

John Ruskin, teórico da preservação do século XIX, incentiva a conservação dos monumentos, pois para ele se o monumento for conservado adequadamente ao longo dos anos, não será necessário restaurá-lo.

Cuide bem de seus monumentos, e não precisará restaurá-los. Algumas chapas de chumbo colocadas a tempo num telhado, algumas folhas secas e gravetos removidos a tempo de uma calha, salvarão tanto o telhado como as paredes da ruína. Zele por um edifício antigo com ansioso desvelo; proteja-o o melhor possível, e a qualquer custo, de todas as ameaças de dilapidação. Conte as suas pedras como se fossem as joias de uma coroa;

¹⁶ CUNHA, 2010, p. 27.

¹⁷ BRANDI, 2004, p. 25-31.

¹⁸ Ibid. p. 102.

¹⁹ VASCONCELLOS, L. M.; DE MELLO, M. C. F.. Re: atrás de, depois de... In: VARGAS, H. C.; DE CASTILHO, A. L. H. (Org). *Intervenções em centros urbanos: Objetivos, estratégias e resultados*. 1 ed. São Paulo: Manole Ltda, 2006. p. 58.

²⁰ Ibid. p. 58.

²¹ COELHO, 2003, p.21.

coloque sentinelas em volta dele como nos portões de uma cidade sitiada; amarre-o com tirantes de ferro onde ele ceder; apoie-o com escoras de madeira onde ele desabafar; não se importe com a má aparência dos reforços: é melhor uma muleta do que um membro perdido; e faça-o com ternura, e com reverência, e continuamente, muitas gerações ainda nascerão e desaparecerão sob sua sombra [...] ²².

A Carta de Atenas estabelece que as técnicas de conservação devem ser definidas a partir de análises criteriosas; e que a deterioração dos monumentos pelos agentes atmosféricos requer aprofundamento das pesquisas nas áreas das ciências físicas, ciências químicas e ciências naturais. A conservação pode ser mais eficaz e proteger a edificação das patologias que futuramente podem levá-la à ruína ²³.

A adaptação ao novo uso, também conhecida como requalificação, reabilitação ou valorização, são intervenções onde se busca adaptar os espaços existentes para abrigar atividades diferentes para as quais eles foram projetados ²⁴. Esses termos com significados semelhantes significam um restabelecimento de diretos, obtidos através da recuperação da edificação ²⁵. Essas adaptações nem sempre são bem sucedidas, mas garantem a manutenção do uso na edificação que é a melhor garantia de preservação da mesma ao longo dos anos.

A Carta de Veneza define que em uma requalificação o programa da edificação deve adequar-se à sua estrutura sem alterá-la substancialmente e que o uso de técnicas modernas deve ser reconhecível; deve-se também conservar e revelar os valores estéticos e assim respeitar as contribuições de todas as épocas. Essa carta vem para reforçar que os trabalhos de reconstrução e réplica devem ser evitados a qualquer custo ²⁶. O novo uso deve ser estudado a partir da vocação e das limitações da edificação. A atualização pode requerer acréscimo de área o que necessita de prévio estudo para que não ocorra a descaracterização do volume e do conjunto histórico a qual a edificação está inserida.

As intervenções e diretrizes de preservação, como a requalificação e a revitalização, entre outras expressões, são usadas para esquivar os projetos do termo restauração, que envolve uma pesquisa mais profunda e gastos mais elevados. Nas referidas intervenções há apenas uma pesquisa histórica rasa, com estudos apressados das técnicas construtivas e das patologias que o monumento apresenta. Busca-se a qualquer custo a adequação do bem

²² RUSKIN, 2008. p.82.

²³ ESCRITÓRIO DOS MUSEUS DA SOCIEDADE DAS NAÇÕES. *Carta de Atenas*, Atenas: 1931 Disponível em: < <http://portal.iphan.gov.br/portal/baixaFcdAnexo.do?id=232>>. Acesso em: 10 /05/2014. p. 3.

²⁴ COELHO, 2003, p.21-22.

²⁵ VASCONCELLOS; DE MELLO, 2006, p. 58.

²⁵ Ibid. p. 58.

²⁶ ICOMOS. *Carta de Veneza*. Veneza: 1964. Disponível em: <<http://portal.iphan.gov.br/portal/baixaFcdAnexo.do?id=236>>. Acesso em: 10 /05/2014. Art. 11º-13º.

cultural às exigências de conforto e padrão de ocupação contemporânea, além de apresentar um monumento com aparência rejuvenescida. Recuperar e modernizar, apenas, não se enquadra na disciplina da restauração, que possui objetivos e métodos pertinentes. Na restauração há um verdadeiro compromisso com a preservação da matéria original que conforma o monumento²⁷.

b. A Preservação do Patrimônio Cultural no Brasil

No Brasil, a preocupação com a preservação do Patrimônio Histórico e Artístico iniciou-se a partir da segunda década do século XX. A busca pela identidade nacional motivou os artistas e intelectuais modernistas a encontrarem e valorizarem a Brasilidade e as artes tradicionais²⁸. A primeira resposta que o poder público deu em relação às demandas dos intelectuais para a conservação e preservação dos monumentos foi a criação, na década de 1920, das Inspetorias Estaduais de Monumentos Históricos em Minas Gerais (1926), na Bahia (1927) e em Pernambuco (1928). A preocupação com as edificações consideradas como marcos para as cidades brasileiras, pelos estudiosos e intelectuais da época, levou a criação, em 1934, da Inspetoria dos Monumentos Nacionais, que posteriormente seria substituída pela Secretaria do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – SPHAN²⁹. Com a criação da Secretaria foi possível iniciar as agendas de preservação do patrimônio e estabelecer uma Disciplina de Conservação. A estrutura da preservação do Brasil foi definida nesses primeiros anos, com a criação da secretaria e das legislações.

A Criação da SPHAN, em 1936 em caráter provisório, foi o marco inicial para as ações de preservação do patrimônio brasileiro. Até então o Brasil não contava com legislação adequada, nem com equipe técnica competente para atuar na preservação dos monumentos. As principais tentativas de preservação do patrimônio anteriores a criação da secretaria, principalmente as ações estaduais, não foram bem sucedidas e eficazes, devido ao princípio do direito da propriedade e da inconstitucionalidade da ação que feria os princípios da legislação em vigor³⁰.

O projeto de criação da SPHAN foi desenvolvido por Mário de Andrade, que considerou uma estrutura que preservava diferentes manifestações da cultura brasileira, e a dividiu em arte arqueológica, arte ameríndia, arte popular, arte histórica, arte erudita nacional e estrangeira, artes aplicadas nacionais e estrangeiras. Apesar desse amplo campo de trabalho, Rodrigo

²⁷ CUNHA, 2010, p.29-30.

²⁸ FONSECA, M. C. L. *O Patrimônio em processo: trajetória da política federal de preservação no Brasil*. 3 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009. p.90.

²⁹ Ibid. p. 95.

³⁰ Ibid. p. 96.

de Mello Franco de Andrade, o primeiro diretor da SPHAN, concentrou-se nas necessidades mais imediatas, que consistiam em: inventariar bens mais significativos da cultura brasileira; socorrer urgentemente alguns monumentos que se encontravam em abandono e introduzir a figura do “tombamento”³¹.

Foi criada então a primeira legislação brasileira que protegia o patrimônio e os monumentos e criava oficialmente a SPHAN, o Decreto-Lei nº 25 de 30 de novembro de 1937. O artigo primeiro do Decreto-Lei define o conceito de patrimônio histórico e artístico nacional que é o conjunto dos bens móveis e imóveis existentes no país e cuja conservação seja de interesse público, quer por sua vinculação a fatos memoráveis da história do Brasil, quer por seu excepcional valor arqueológico ou etnográfico, bibliográfico ou artístico. O Decreto-Lei diz que a Secretaria do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional possui quatro Livros do Tombo, nos quais são inscritas as obras que forem consideradas Patrimônio Histórico ou Artístico. Os quatro livros são: o Livro do Tombo Arqueológico, Etnográfico e Paisagístico, com os bens pertencentes às categorias de arte arqueológica, etnográfica, ameríndia e popular; o Livro do Tombo Histórico, composto pelos bens de interesse histórico e as obras de arte histórica; o Livro do Tombo das Belas Artes, com os bens de arte erudita, nacional ou estrangeira; e o Livro do Tombo das Artes Aplicadas, composto de obras que se incluem na categoria das artes aplicadas, nacionais ou estrangeiras³².

A primeira fase da SPHAN, de 1937 a 1967, foi considerada a fase heroica do órgão, que realizou a maior parte dos tombamentos da história³³. Posteriormente o órgão passou a ser denominado como Serviço do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (SPHAN), transformou-se em um Departamento, em 1946, o (DPHAN); e em 1970 passa a ser o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN).

Quando se fala de patrimônio brasileiro, é preciso estar consciente de que este não se constituiu naturalmente, ou seja, foi construído, pactuado e compartilhado por instituições, intelectuais e técnicos participantes dos debates em torno da “memória nacional”³⁴.

Durante a fase heroica da SPHAN foram preservados bens que se enquadravam nas definições dos intelectuais da época. As prioridades eram todas as obras arquitetônicas remanescentes da arte colonial, predominando as características da presença portuguesa; e os bens da arquitetura religiosa, como as Igrejas Barrocas. Os bens eram selecionados, primeiramente, de acordo com seu valor nacional, e posteriormente pelo seu valor histórico

³¹ FONSECA, 2009, p. 97-100.

³² BRASIL. Decreto-lei nº 25, 30 de novembro de 1937. Organiza a proteção do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.

³³ FONSECA, 2009, p.110.

³⁴ SANGIARD, G.; COSTA, R. G. R. Memória, História e Patrimônio Cultural da Saúde: uma história possível. In: PORTO, A.(org.). *História da Saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 25.

e seu valor artístico. Existia uma hierarquia da preservação, as edificações barrocas eram as mais valorizadas, seguidas pelas edificações neoclássicas, e depois a arquitetura moderna. Os bens pertencentes à arquitetura eclética eram renegados, vistos como apenas uma cópia e importação de valores e estilos do exterior, por isso apenas três imóveis com esse estilo foram tombados durante esse período, e foram tombadas exclusivamente pelo seu valor histórico³⁵. A cultura africana e a cultura indígena também não eram muito valorizadas nessa época, já que os intelectuais brasileiros pensavam que ambas não haviam deixado vestígios materiais significativos³⁶.

O patrimônio brasileiro corresponde à amostra de bens que os intelectuais determinaram como importantes à memória e identidade nacional. Os critérios adotados pela SPHAN para tombiar as edificações não eram baseados em estudos ou pesquisas e não eram acessíveis à opinião pública. A autoridade sobre o assunto recaía sobre os agentes da Secretária e a própria instituição, que selecionavam e conduziam o processo de tombamento. Eram raros os casos que os pedidos de tombamento eram originados da população ou de qualquer outro órgão ou instituição. Buscava-se construir para o Brasil um patrimônio tombado como uma imagem da beleza e da realidade da nação³⁷.

O tombamento, iniciado na década de 1930, é visto na época e até muito recentemente como o único meio legal de proteger os bens excepcionais. Essa ação transfere para o estado o protagonismo nas políticas públicas de patrimônio. Esse protagonismo deveria ser representado pela sociedade, que precisava participar mais ativamente da preservação de sua memória e identidade³⁸.

No contexto brasileiro, é preciso levar em conta o papel político que, desde o período colonial, têm exercido os homens de cultura: o de atuarem como porta-vozes das massas desprovidas de recursos para se organizarem politicamente, função que é legitimada por seu compromisso com a construção da nação e com a luta pela cidadania³⁹.

A preservação do patrimônio brasileiro esteve atrelada aos decretos que tombaram as edificações que os intelectuais e as instituições disseram ser relevantes à memória e à identidade do Brasil. Essa concepção de patrimônio definida pelos intelectuais relaciona-se com a cultura erudita, cultura dos grupos sociais dominantes. As políticas públicas de proteção desenvolvidas no Brasil até a década de 1960 protegiam normalmente edificações

³⁵ FONSECA, 2009, p.109-115.

³⁶ Ibid. 107.

³⁷ CASTRIOTA, 2009, p. 109-113.

³⁸ Ibid. p.156

³⁹ SANGLARD; COSTA, 2008, p. 25.

e estruturas dessa classe, usando como razão do tombamento a excepcionalidade do bem⁴⁰.

A principal mudança no campo de preservação do patrimônio ocorreria apenas na segunda metade do século XX, quando o conceito de patrimônio passa por importantes mudanças, sofrendo uma ampliação em seu campo. O Patrimônio Arquitetônico amplia a sua concepção inicial, muito presa a sua ideia de monumento histórico e artístico, e passa a considerar outros estilos e espécies de edifícios dignos de preservação. Dessa forma, integram-se ao campo de bens tombados brasileiros devido ao seu valor histórico, seu valor artístico, seu entorno, sua ambiência e seu significado: a arquitetura rural, a arquitetura vernacular, a arquitetura eclética e o *Art Nouveau* e a arquitetura contemporânea⁴¹. Posteriormente a noção de patrimônio sofre mais uma ampliação, agregando valores da antropologia e integrando valores de grupos e segmentos sociais que se encontravam à margem da história e da cultura dominante. Criou-se então o conceito de Patrimônio Imaterial, que ao lado dos bens móveis e imóveis, passaram a ser considerados também como Patrimônio Cultural de um povo *“outra espécie de bens, os utensílios, procedentes, sobretudo do fazer popular, inseridos na dinâmica viva do cotidiano”*. O conceito de cultura deixa de relacionar exclusivamente à chamada cultura erudita, integrando no campo da cultura as manifestações populares e a moderna cultura de massa. A cultura passa a ser vista como *“um processo, focalizando-se na questão imaterial da formação do significado”*⁴².

Atualmente, outras vertentes do patrimônio material vêm sendo estudadas com mais intensidade, como o patrimônio industrial e o patrimônio cultural da saúde. O campo de interesse passou a englobar também fábricas, usinas, entre outras edificações. As transformações urbanas, sociais, econômicas e demográficas das últimas décadas foram responsáveis pelo desaparecimento de inúmeros testemunhos do passado. O monumento industrial pode ser definido como qualquer edificação ou estrutura permanente que represente o desenvolvimento dos processos industriais e técnicos⁴³. O patrimônio cultural da saúde pode ser definido como todos os *“bens materiais e simbólicos socialmente construídos, que expressam o processo da saúde individual e coletiva nas suas dimensões científica, histórica e cultural”*⁴⁴.

As edificações de saúde, objetos de estudo desse trabalho, apresentam uma história relacionada à saúde e medicina do Brasil, em especial foca nas transformações e

⁴⁰ CASTRIOTA, 2009, p. 155.

⁴¹ Ibid. p.159.

⁴² Ibid. p.161.

⁴³ KÜHL, B. M. *Arquitetura do Ferro e Arquitetura Ferroviária em São Paulo: Reflexões sobre a sua preservação*. São Paulo: Ateliê Editorial. FAPESP. Secretaria da Cultura, 1998. p. 221.

⁴⁴ SANGLARD; COSTA, 2008, p. 24.

características arquitetônicas de cada edificação. A construção e transformação da arquitetura hospitalar ao longo do tempo revelam os processos de cura e tratamento dos enfermos, sendo a materialização das políticas de saúde e do conhecimento médico e científico. O estudo e a preservação dessas instituições proporcionam conhecer as características e as transformações pelas quais a assistência hospitalar passou ao longo dos séculos XIX e XX⁴⁵.

c. A Definição do Patrimônio Cultural da Saúde

A Rede Latino-Americana de Patrimônio Cultural da Saúde surgiu no final do século XX como parte do movimento de valorização da cultura e da efervescência da memória nos campos da ciência e da saúde. A rede busca aumentar as pesquisas e o acervo de conhecimentos sobre ciência e saúde socialmente disponível. A Rede Latino-Americana é formada por diversas instituições e ministérios de diferentes países, entre eles Brasil, Chile, Venezuela, Colômbia, Cuba; e o principal objetivo desse grupo é contribuir para a formulação e implementação de políticas de identificação, recuperação, conservação e valorização do Patrimônio Cultural da Saúde⁴⁶.

Como foi dito anteriormente, o patrimônio cultural da saúde é composto por todos os bens materiais e imateriais correspondentes à história da saúde e que expressam o processo de saúde individual e coletiva. Como exemplos de bens que podem ser considerados Patrimônio Cultural da Saúde têm-se os hospitais, os laboratórios, as instituições de ensino de medicina, enfermagem, farmácia, documentos sobre o trato da saúde, objetos e instrumentos médicos, entre outros. A cartografia e a documentação desse patrimônio contemplam e constroem a sensibilidade e o valor das coleções científicas ligadas a saúde e a medicina⁴⁷.

A grande diversidade de atores institucionais e sociais da saúde pode e deve ser compreendido em uma perspectiva ampliada de patrimônio, com tradições culturais, práticas e valores simbólicos, elementos enfim de experiências coletivas e vivências pessoais de inestimável valor para seus personagens, muitos dos quais interessados em fortalecer, valorizar e difundir este vasto acervo da saúde enriquecido e renovado pelas novas mediações que hoje se processam entre ciência, saúde e sociedade⁴⁸.

⁴⁵ PÔRTO, A. Apresentação. In: PÔRTO, A. (org.) *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 14.

⁴⁶ HISTÓRIA e Patrimônio Cultural da Saúde. Termo de constituição da Rede Latino-Americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde. *Termo de Referência*. Ministério da Saúde do Brasil/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz e Ministério da Saúde do Chile/Unidade do Patrimônio Cultural da Saúde. s/d. p. 1.

⁴⁷ Ibid. p. 5.

⁴⁸ Ibid. p. 5-6.

O Termo de Constituição da rede afirma que a iniciativa de criar e estudar essa vertente do patrimônio irá contribuir para a construção de identidades das instituições médicas, dos profissionais da saúde e de seus principais agentes e movimentos sociais, dessa forma serão reconhecidos os elementos de grande relevância simbólica e material no campo do Patrimônio da Saúde⁴⁹.

O Brasil ingressou na Rede Latino-Americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde em 2005, representado pela Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz e pelo Ministério da Saúde Brasileiro. Para fortalecer os estudos locais foi criada a Rede Brasileira de História e Patrimônio Cultural da Saúde, que tem como principal objetivo integrar e fortalecer a relação entre patrimônio cultural com as políticas e serviços em saúde. O objetivo principal da Rede Brasileira é articular os atores nacionais da área da saúde para o fortalecimento e integração da história e do patrimônio cultural com as políticas e serviços em saúde, reconhecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como patrimônio público. Busca também desenvolver atividades de educação patrimonial, para que o Patrimônio Cultural da Saúde seja reconhecido pela sociedade e pelas próprias instituições⁵⁰. A Fiocruz, através da Casa de Oswaldo Cruz, tem focado no registro da história dos hospitais e atualmente apresenta vários inventários de edificações de saúde, consideradas históricas, no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde.

A grande dificuldade para o Patrimônio Cultural da Saúde, principalmente o arquitetônico, é transformar as lembranças negativas em fatos positivos, e fazer com isso que esses edifícios de saúde se tornem lugares de memória⁵¹. Apesar da existência das lembranças negativas, muitos hospitais são rememorados pelo povo, principalmente os usuários pobres, como “Palácios dos Pobres”, apresentando a característica de monumento digno de preservação.

A Preservação do Patrimônio na França sempre foi um exemplo no que tange às ações e às políticas de preservação. O reconhecimento de diversas vertentes do patrimônio histórico e artístico permitiu que a França se tornasse referência em preservação de patrimônio. O tombamento de instituições de saúde ajudou a consolidar a ideia de que era necessário estudar a história da medicina e da saúde com mais vigor, o que incentivou a criação da vertente do Patrimônio Cultural da Saúde. Reconhecido como monumento não intencionado, o *Hôtel-Dieu* de Beaune, foi um dos primeiros hospitais a ser reconhecido como patrimônio

⁴⁹ HISTÓRIA, s/d, p. 6.

⁵⁰ TERMO de Constituição da Rede Brasileira de História e Patrimônio Cultural da Saúde. *Termo de Referência*. Ministério da Saúde do Brasil/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz /Ministério da Cultura. 2008. p.4.

⁵¹ SANGLARD; COSTA, 2008, p. 22.

francês. Assim como o *Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux* de Paris, que guarda um grande acervo museográfico do patrimônio cultural da saúde⁵².

O *Hôtel-Dieu* fica localizado na região administrativa da Borgonha, na cidade de Beaune, e é atualmente a principal referência em tombamento de hospitais da região. O Hospital fundado em 1443 foi criado para abrigar os pobres, os inválidos, os viajantes sem dinheiro, os órfãos e as mulheres grávidas. A edificação original do hospital, antigamente definida como hospedaria de pobres, é um dos melhores exemplos da arquitetura francesa do século XV, e por isso foi preservada como um museu que representa como era feito o tratamento da saúde na época⁵³ (Figura 1, Figura 2 e Figura 3).

O outro exemplo de edificação da saúde preservada na França é o *Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux* de Paris, que abrigou durante o século XIX e início do XX, a Central Farmacêutica dos Hospitais de Paris. O prédio do museu foi originalmente construído como residência privativa em 1630, mas logo depois teve seu uso modificado e funcionou durante anos como escola católica para meninas. Somente em 1812 a edificação recebeu uso relativo à área de saúde, com serviço de abrigo e apoio aos pobres doentes, e foi quando adquiriu a identidade que hoje lhe é atribuída (Figura 4 e Figura 5).

O uso como Central farmacêutica durou até os meados do século XX, quando em 1934, foi criado o Museu pela autoridade municipal. Este representa hoje um dos principais museus dedicados à história da saúde, onde contém uma coleção aproximada de dez mil objetos relacionados com a história da saúde e dos hospitais parisienses. Esses objetos expostos configuram a história da medicina desde o período da Idade Média até os dias atuais, incluindo também pinturas e móveis do século XVII e XVIII⁵⁴.

É necessário explicitar que os Hospícios, Hospitais, Asilos e Hospedarias possuíam significados diferentes no século XVIII e XIX. O conceito de hospedaria era uma casa grande que buscava abrigar viajantes a um preço convencionado. Já o Hospício era uma pequena casa religiosa destinada a receber peregrinos em viagem, pessoas pobres e doentes. O Hospital, no século XIX, era definido como casa ou edifício construído para tratar doentes pobres. O Asilo era um estabelecimento destinado a receber e educar crianças

⁵² SANGLARD; COSTA, 2008, p. 22.

⁵³ HOSPICES Civils de Beaune. *Apresenta a história do Hôtel-Dieu de Beaune*. Disponível em: < <http://www.hospices-de-beaune.com/>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

⁵⁴ ASSISTANCE Publique Hôpitaux de Paris – Portail Internet. *Apresenta a história Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris*. Disponível em: < <http://www.aphp.fr/>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

abandonadas, conhecidos como expostos, filhos de pais pobres, e também pessoas adultas, a quem a pobreza e as moléstias a tornaram desamparadas⁵⁵.



Figura 1 – Foto da fachada do Hôtel-Dieu
Fotografia: Desconhecido. Fonte: Hospices, 2013.

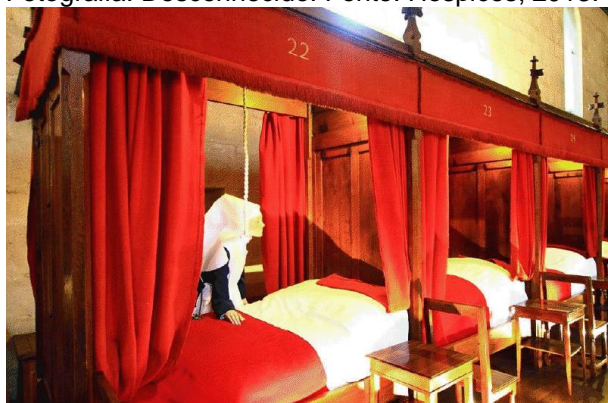


Figura 3 – Museu mostra como funcionavam os atendimentos de saúde no século XV. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Hospices, 2013



Figura 4 – Fotos do interior do museu, onde nota-se a representação de como era o tratamento no hospital do século XIX. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Assistance, 2013.



Figura 2 – O Hôtel-Dieu é um exemplar da arquitetura francesa do século XV. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Hospices, 2013.



Figura 5 – Exterior do Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Assistance, 2013.

Apesar da preservação e valorização da arquitetura hospitalar terem começado na França, foi a experiência chilena que mais influenciou o Brasil. No Chile, as manifestações da

⁵⁵ RODRIGUES, F. A. *Diccionario Technico e Historico de Pintura, Esculptura, Architectura e Gravura*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1875. p.61 e 216.

população e dos funcionários contra a demolição do antigo *Hospital San Jose* resultaram na criação da Unidade de Patrimônio Cultural da Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde chileno⁵⁶.

O Antigo *Hospital San Jose* foi construído em 1841, com estilo colonial chileno, para atender os pacientes acometidos por doenças epidêmicas, em especial a tuberculose. Ao longo dos anos, a edificação passou por diversas modernizações, até que no século XX foi transformada em um hospital geral (Figura 6 e Figura 7). Depois de uma ameaça de demolição e da mobilização da sociedade e dos funcionários do hospital, o conjunto foi reconhecido como patrimônio chileno e foi tombado em 1999. Atualmente o hospital possui usos diversos ligados a instituições sem fins lucrativos e atividades de terapia complementar e serviço social. Além disso, funcionam no prédio serviços de administração do Serviço de Saúde Metropolitano Chileno e a Secretaria do Patrimônio Cultural da Saúde, ligado ao Ministério da Saúde. A edificação encontra-se na Rota Turística do Patrimônio Cultural da Saúde chileno, que busca incentivar a preservação das edificações que contam a história da saúde na capital Santiago⁵⁷.

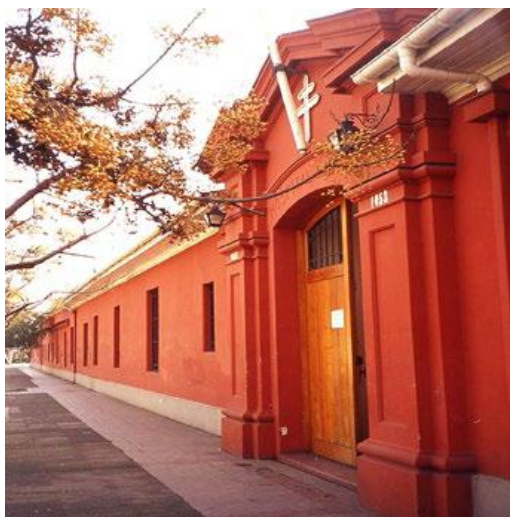


Figura 6 – Fachada restaurada da edificação, marco do Patrimônio Cultural da Saúde Chileno. Fonte: Ministério de Salud, Gobierno de Chile, 2011.



Figura 7 – Pátio central do Hospital construído no século XIX fornecia aeração e insolação aos pacientes acometidos por doenças epidêmicas. Fonte: Ministério de Salud, Gobierno de Chile, 2011.

A experiência do tombamento do *Hospital San Jose* incentivou, no Chile, a criação da Unidade de Patrimônio Cultural da Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, o que serviu de inspiração para a constituição da Rede Latino-Americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde em 2005. A criação da rede de pesquisas possibilitou a criação da vertente do Patrimônio Cultural da Saúde, assim como sua definição.

⁵⁶ SANGLARD; COSTA, 2008, p. 25.

⁵⁷ MINISTERIO de Salud. Guía N° 1: *Ruta Patrimonial de la Salud*. Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud. 2011 P. 44-45.

A salvaguarda do Patrimônio Cultural da Saúde vem ganhando certa importância no cenário internacional ao longo dos últimos anos. Esse patrimônio está ligado diretamente ao valor simbólico a ele conferido pelas comunidades as quais se inserem. Há exemplos na Holanda, na Índia, na Inglaterra, além dos exemplos citados da França e do Chile. Esse movimento traz uma nova leitura da historiografia ibero-americana, onde os hospitais deixam de ser apenas um espaço de prática médica, para serem problematizados na análise histórica, sendo inseridos, dessa forma, na história da saúde e na história social⁵⁸.

d. A Preservação do Patrimônio Cultural da Saúde no Brasil: Tendências Atuais.

A preservação dos hospitais é de extrema importância para a formação de um Patrimônio Cultural da Saúde e o seu estudo deve ser incentivado para que seja guardado o registro da história das instituições de assistência médica-hospitalar. A inclusão do Brasil, através da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz e do Ministério da Saúde, na Rede Latino-America de História e Patrimônio Cultural da Saúde incentivou e aumentou os estudos na área. Os hospitais são os principais marcos dessa vertente do patrimônio cultural e é através da preservação dessas edificações que se pode contar a história da saúde nas cidades e no Brasil.

A arquitetura das edificações reflete todo esse processo, na medida em que é reveladora do conhecimento médico do período e da relação que se estabelecia entre saúde e doença. Estilos arquitetônicos adotados na construção de hospitais deixam transparecer a concepção e a forma de tratamento de uma determinada enfermidade à sua época⁵⁹.

As edificações preservadas no Brasil podem ser tombadas pelas três esferas de poder, federal, estadual e municipal, que em cada local é representado pelos Institutos ou Conselhos Patrimoniais. Foram listados os bens tombados pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) e foram quantificados os bens tombados pelos Institutos e Conselhos estaduais. Segundo as informações do IPHAN, relativas a todos os bens tombados no período de 1938 a 2014, existem até o momento 27 bens patrimoniais da saúde. Os bens foram numerados de acordo com a ordem que foram tombados pelo Instituto (Figura 8).

Como é possível observar na Figura 8, há uma grande concentração de bens tombados nos estados do Rio de Janeiro e na Bahia. Isso aconteceu por dois motivos: primeiro pela posição favorável do Rio de Janeiro em ter sido a capital do Brasil durante décadas e por

⁵⁸ SANGIARD; COSTA, 2008, p. 25.

⁵⁹ Ibid. p. 14.

isso ter sido o local onde mais se investiu em saúde pública e na construção de hospitais durante os séculos XIX e XX; e segundo por ambos os estados, Bahia e Rio de Janeiro, apresentarem grande relevância para o patrimônio cultural, possuindo várias edificações tombadas, entre elas muitos bens culturais da saúde. Os bens foram tombados pela sua importância histórica, arquitetônica e artística, pois na época de sua proteção não foi considerada a importância de sua preservar a história médica através de seu espaço arquitetônico. Os bens tombados foram dispostos no Quadro 1, onde é informada a sua localização, data de construção, nome do arquiteto ou construtor, data de tombamento e estado de conservação.

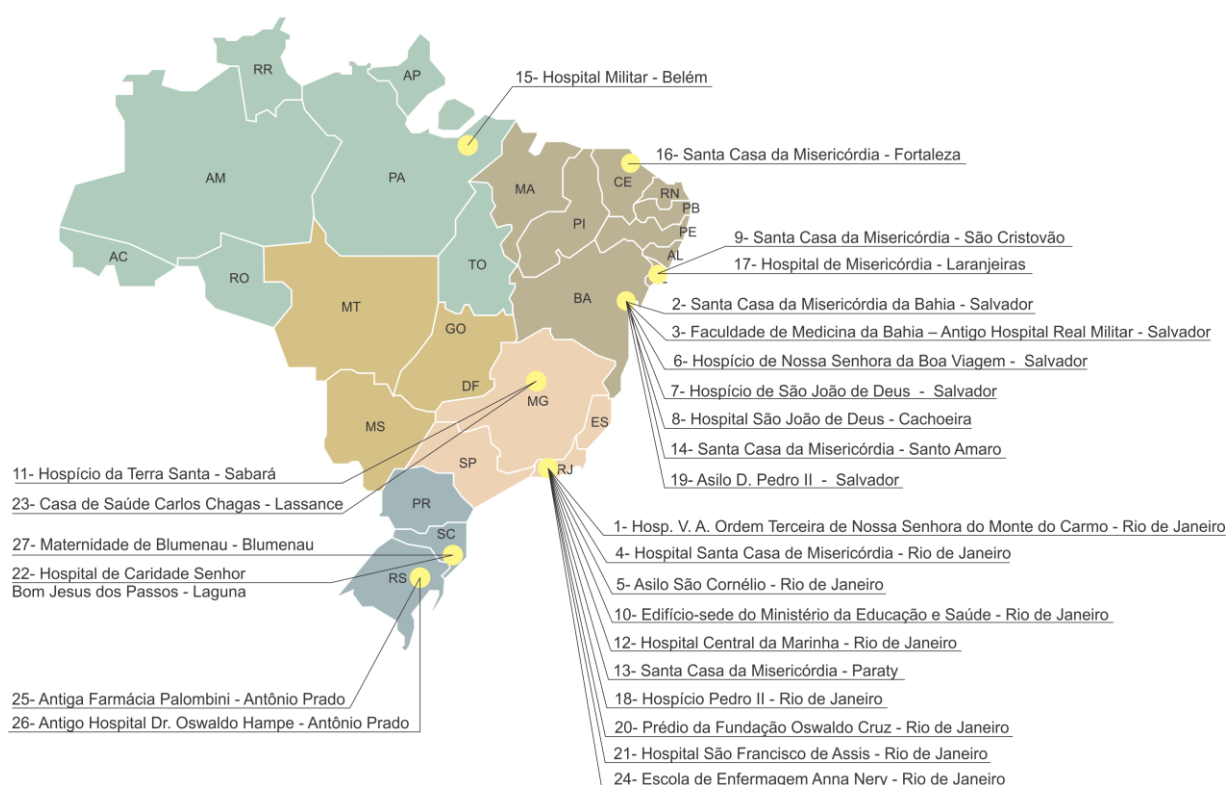


Figura 8 – Mapa do Brasil com a localização dos Estados que apresentam bens arquitetônicos da saúde tombados pelo IPHAN. Até o momento foram levantados 27 tombamentos de bens culturais da saúde em todo o Brasil. Fonte: Autora.

Durante o levantamento de dados foram encontrados também alguns bens que se encontram protegidos, porém não tiveram suas edificações tombadas diretamente. Foram elencados vinte e dois bens arquitetônicos tombados individualmente e cinco bens tombados como conjunto ou protegidos por estarem no entorno de tombamento de outros bens. Esses bens protegidos pelo tombamento do seu entorno, como é o caso da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, que está preservada por encontrar-se no entorno do Passeio Público, tombado pelo IPHAN, apresentam grandes riscos de ter sua preservação colocada em segundo plano e passar por reformas descaracterizantes. Isso ocorreu também com a preservação de vários centros urbanos, que em seu núcleo contam com a presença

de uma edificação histórica de saúde, como é o caso de Antônio Prado, no Rio Grande do Sul, que preservou a Antiga Farmácia Palimbini e o Antigo Hospital Dr. Oswaldo Hampe; o caso de Laranjeiras, no Sergipe, que preservou o Hospital de Misericórdia de Laranjeiras; e o caso de Laguna, em Santa Catarina, que preservou o Hospital de Caridade Senhor Bom Jesus dos Passos. Acredita-se que além dessas instituições, existam outras não reveladas, que também foram preservadas dentro de algum conjunto, núcleo ou sítio urbano tombado. Essas edificações, porém, não se encontram completamente protegidas, podendo sofrer descaracterizações, permanecerem em estado ruim e péssimo de conservação ou serem abandonadas, já que a preservação do entorno não garante a preservação de todas as características da edificação em si.

O diagnóstico do estado de conservação dos bens arquitetônicos da saúde tem como objetivo identificar e qualificar a degradação física e o grau de comprometimento do imóvel. A classificação do estado de conservação dos bens do Quadro 1 foi definida de acordo com as diretrizes estabelecidas a seguir. A edificação que manteve sua integridade formal, estética, física e construtiva foi classificada como “Excelente”. Esse bem mantém todos os elementos físicos e estruturais, como os vidros, janelas, portas, sistema estrutural e de vedação, desempenhando suas funções perfeitamente. A edificação que apresenta um “Bom” estado de conservação é aquela que mantém a sua integridade estrutural, mas apresenta problemas de ordem física. Esses problemas devem se limitar a vidros quebrados, pinturas desgastadas, elementos da cobertura ou entelhamento danificado, dentro outros danos. Quando os problemas estruturais e físicos começam a comprometer a integridade, a edificação é classificada com estado de conservação “Regular”. Estes problemas são reversíveis, mas demandam análises e diagnósticos realizados por profissional capacitado. Apesar dos problemas e das más condições, a edificação não se encontra em processo de arruinamento. A edificação em estado de arruinamento possui estado de conservação “Péssimo”, pois já apresenta um quadro praticamente irreversível e características originais perdidas⁶⁰.

Além desses citados, pode-se incluir no diagnóstico do estado de conservação o termo “Ruim”, referente a edificações que apresentam um quadro de problemas e danos sérios, com muitas perdas nos seus aspectos originais. Esses bens ainda não se apresentam em estado de arruinamento total de sua estrutura, mas suas características estéticas e formais já se apresentam arruinadas. Há pouca ou nenhuma chance de total recuperação dessas características.

⁶⁰ IEPHA, Instituto Estadual do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais – IEPHA/MG. *Diretrizes para a Proteção Do Patrimônio Cultural*. Secretaria de Estado de Cultura. Belo Horizonte. Nov. 2008. Disponível em: <http://www.iepha.mg.gov.br/component/docman/doc_download/34-apostila-diretrizes-pdf--116-mb>. Acesso em 03/04/2014. p. 40-41.

Quadro 1 – Bens Arquitetônicos da Saúde Tombados pelo IPHAN



Hospital Militar
Belém – PA
Data de Construção:
Século XVIII
Arquiteto:
Antônio José Landi
Data Tombamento:
17/12/1964
Conservação: Bom



Santa Casa da Misericórdia
São Cristóvão – SE
Data de Construção:
Século XVII e XVIII
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
14/01/1944
Conservação: Regular



Santa Casa de Misericórdia
Santo Amaro – BA
Data de Construção:
Século XIX
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
10/08/1962
Conservação: Regular



Hospital São João de Deus
Cachoeira – BA
Data de Construção:
1855 a 1863
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
16/09/1943
Conservação: Regular



Santa Casa da Misericórdia
Salvador – BA
Data de Construção:
Século XVII e XVIII
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
14/06/1938
Conservação: Regular



Hospício de N. S. da Boa Viagem
Salvador – BA
Data de Construção:
Século XVIII
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
25/09/1941
Conservação: Regular



Hospício São João de Deus
Salvador – BA
Data de Construção:
Século XVIII
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
16/10/1941
Conservação: Regular



Asilo Pedro II
Salvador – BA
Data de Construção:
Século XIX
Arquiteto:
Desconhecido
Data de Tombamento:
08/07/1980
Conservação: Ruim



Hospício da Terra Santa
Sabará – MG
Data de Construção:
Século XVII
Arquiteto:
Desconhecido
Data de Tombamento:
09/05/1950
Conservação: Regular



Casa de Saúde Carlos Chagas
Lassance – MG
Data de Construção:
Século XIX;
Arquiteto:
Desconhecido
Data de Tombamento:
30/09/1985
Conservação: Bom



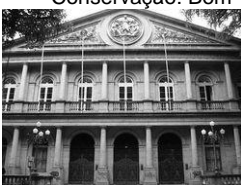
Santa Casa da Misericórdia
Parati – RJ
Data de Construção:
Século XVIII;
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
13/02/1958
Conservação: Bom



Asilo São Cornélio
Rio de Janeiro – RJ
Data de Construção:
Século XVIII;
Arquiteto:
Desconhecido
Data de Tombamento:
15/07/1938
Conservação: Regular



Escola de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro – RJ
Data de Construção:
Século XX
Arquiteto:
Desconhecido
Data de Tombamento:
14/08/1986
Conservação: Regular



Hospital Santa Casa da Misericórdia
Rio de Janeiro – RJ
Data de Construção:
1840-1852
Arquiteto:
Domingos Monteiro/
José Maria Jacinto Rabelo
Data do Tombamento:
15/07/1938
Conservação: Regular



Hospício de Pedro II
Rio de Janeiro – RJ
Data de Construção:
1842-1852
Arquiteto:
Domingos Monteiro/
José M. Jacinto
Rabelo/Joaquim C.
Guilhobel
Data do Tombamento:
11/07/1972
Conservação: Regular



Hospital São Francisco de Assis
Rio de Janeiro – RJ
Data de Construção:
1879
Arquiteto:
Heitor Radmacker
Grunewald
Data de Tombamento:
25/06/1983
Conservação: Ruim



**Prédio da Fundação
Oswaldo Cruz**

Rio de Janeiro – RJ
Data de Construção:
1912-1917
Arquiteto:
Luiz Moraes Junior
Data do Tombamento:
29/01/1981
Conservação: Bom



**Hospital Central da
Marinha**

Rio de Janeiro – RJ
Data de Construção:
1809
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
07/11/1952
Conservação: Regular



**Edifício-sede do Ministério
da Educação e Saúde**

Rio de Janeiro - RJ
Data de Construção:
1937-1943
Arquiteto:
Lucio Costa
Data do Tombamento:
18/03/1948
Conservação: Bom



**Hosp. da Venerável e
Arquiepiscopal Ordem
Terceira de Nossa Senhora
do Monte do Carmo**

Rio de Janeiro - RJ
Data de Construção:
1864-1870
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
20/04/1938
Conservação: Regular



**Santa Casa da
Misericórdia**

Fortaleza - CE
Data de Construção:
1857
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
13/04/65
Conservação: Regular



**Faculdade de Medicina da
Bahia – Antigo Hospital
Real Militar**

Salvador - BA
Data de Construção:
1905-1906
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
14/06/1938
Conservação: Regular



Antiga Farmácia Palombini

Antônio Prado - RS
Data de Construção:
1930
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
10/01/1990
Conservação: Bom



**Antigo Hospital Dr.
Oswaldo Hampe**

Antônio Prado - RS
Data de Construção:
1900-1905
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
10/01/1990
Conservação: Bom



**Hospital de Caridade
Senhor, Bom Jesus dos
Passos**

Laguna – SC
Data de Construção:
Século XVIII
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
25/04/1985
Conservação: Ruim



Maternidade de Blumenau

Blumenau – SC
Data de Construção:
1923
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
Não Informado
Conservação: Bom



**Hospital de Misericórdia
de Laranjeiras**

Laranjeiras – SE
Data de Construção:
Século XIX
Arquiteto:
Desconhecido
Data do Tombamento:
18/06/1966
Conservação: Péssimo

Os 27 bens culturais da saúde tombados pelo IPHAN representam os diversos tipos de patrimônio presente no Brasil. Nota-se a presença de edificações dos mais diversos estilos e épocas. Fonte: BVS Biblioteca Virtual em Saúde – RedeBra HPCS – Bens Arquitetônicos da Saúde Tombados. Disponível em: <<http://patrimonioarquitetonico.bvs.br>>. Acesso em: 13 jun. 2014. Quadro montado pela autora.

Com os bens tombados elencados é possível constatar que grande parte das edificações, que hoje são os bens culturais da saúde, são instituições de origem filantrópica, ligadas à Irmandade da Misericórdia e às Ordens Terceiras, entre outras ordens religiosas. A relação entre as instituições hospitalares e a Igreja Católica é antiga e estreita. O pobre era revestido com o manto santificado e o ato de abrigá-lo atribuía à instituição religiosa um caráter sagrado, sendo o hospital um espaço aberto para todos os acometidos pelas mazelas humanas⁶¹.

A preservação dessas instituições é essencial para a consolidação do Patrimônio Cultural da Saúde e apesar dos poucos bens tombados, eles se apresentam como paradigmas, que podem contar a história da saúde no Brasil a partir da sua própria história e de sua própria arquitetura. Atualmente a preservação está sendo feita em nível estadual e municipal, onde os Estados e os Municípios estão tombando as edificações hospitalares que eles consideram relevantes em nível regional. Os tombamentos estão sendo incentivados e como são requisitados pelos conselhos da própria região, muitas instituições de relevância local estão sendo preservadas. Foram levantados nessa pesquisa os bens culturais da saúde tombados em nível estadual por todas as instituições e conselhos patrimoniais dos estados brasileiros. Foram levantados 43 bens tombados, sendo que a maioria dos estados apresenta apenas um ou dois bens, e muitos não apresentam nenhum bem tombado. Os estados que contém mais bens culturais da saúde protegidos são o Rio de Janeiro, com oito bens; a Bahia, com sete bens; e São Paulo, com cinco bens (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Bens Tombados pelos Estados Brasileiros – nível Estadual			
Acre	01	Alagoas	02
Amapá	-	Amazonas	01
Bahia	07	Ceará	-
Espírito Santo	-	Goiás	-
Maranhão	-	Mato Grosso	02
Mato Grosso do Sul	-	Minas Gerais	02
Pará	01	Paraíba	01
Paraná	01	Pernambuco	04
Piauí	-	Rio de Janeiro	08
Rio Grande do Norte	02	Rio Grande do Sul	04
Rondônia	-	Roraima	-
Santa Catarina	01	São Paulo	05
Sergipe	-	Tocantins	01
Total: 43			

Fonte: autora.

A preservação do patrimônio cultural da saúde, localizado nos estados e municípios, impulsiona as pesquisas na área da história da saúde em nível regional, sendo possível

⁶¹ SANGULAR, G. A Primeira República e a Constituição de uma Rede Hospitalar no Distrito Federal. In: PORTO, A. (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 62.

descobrir como foi a evolução da assistência médico-hospitalar em outras localidades afastadas dos grandes centros. Como grande parte dos bens está localizada no centro históricos das cidades, a preservação dessas edificações fortalece a preservação do núcleo urbano, preservando todo um cenário capaz de construir uma paisagem formadora de um sítio histórico. A preservação do patrimônio no Brasil foi constituída em cima do poder público, sendo necessário o esforço da federação, do estado ou do município para que um bem seja protegido. O patrimônio brasileiro tem sido considerado um acervo cultural que o poder público se empenha em preservar às suas próprias custas. O Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional não conta com verbas suficientes para preservar todos os bens de interesse e volta suas forças para a proteção de bens relevantes no cenário nacional. Por esse motivo a preservação estadual e municipal deve ser incentivada, pois dessa forma é possível preservar mais bens culturais relevantes à região onde ele está inserido e é uma forma de aproximar ainda mais as pessoas da cultura, de forma a criar o sentimento de pertencimento, fortificando a memória e a identidade local⁶².

e. Panorama Geral da História da Saúde no Brasil (séc. XVI - XIX)

No início da colonização, Portugal se preocupava apenas com a manutenção da ordem e da higiene na Colônia, de forma que epidemias e doenças não se alastrassem. As principais orientações que Portugal dava a colônia eram com relação à saúde pública, através da definição de normas e regras de higiene que deveriam ser seguidas pelos portugueses que aqui viviam.

As principais doenças que acometiam os primeiros portugueses que chegavam à Colônia eram doenças infectocontagiosas, parasitárias e tropicais. A maior parte do contingente populacional sofria com acidentes externos, pois frequentemente feriam seus corpos e olhos com espinhos e ramos de árvores, eram picados por cobras ou insetos venenosos, ou atacados por flechas dos inimigos⁶³. Com o passar dos anos e o crescimento da colônia começaram a chegar novas doenças como: a varíola, o sarampo, as febres tíficas, a febre amarela, a malária, as disenterias, a gripe, a sífilis, a boubá, a lepra, a tuberculose, entre outras enfermidades⁶⁴.

As doenças costumavam chegar e acometer grande parte dos índios que viviam na Costa Brasileira. As correntes imigratórias portadoras de doenças até então desconhecidas modificaram o quadro da saúde dessa população. “*Os males contagiosos propagaram-se*

⁶² REIS FILHO, N. G. *Quadro da Arquitetura no Brasil*. São Paulo: Ed. Perspectiva. 2004. P. 191.

⁶³ SALLES, P. *A História da Medicina no Brasil*. Editora G. Holman. Belo Horizonte. 1971. p. 18.

⁶⁴ SANTOS FILHO, L. C. *História geral da medicina brasileira*. Vol. 1. São Paulo: HUCITEC/USP, 1991. p. 156.

*assustadoramente, em face da ausência de imunidade natural dos habitantes locais, por nunca terem sido contaminados anteriormente*⁶⁵. Um episódio bárbaro foi a epidemia de Varíola em 1563 na Bahia, que matou cerca de 30 mil índios. No século XVI existiam poucos profissionais da saúde na colônia e o socorro era dado pelos jesuítas, que faziam o papel do médico, do boticário e do enfermeiro⁶⁶.

As normas de saúde da metrópole eram executadas e fiscalizadas pelos Comissários do físico-mor e do cirurgião-mor, que deveriam fiscalizar o exercício profissional dos médicos e dos farmacêuticos e a emissão de licenças para a atuação de sangradores, curandeiros e parteiras. Apesar da grande responsabilidade dos comissários, estes só estavam presentes nas principais vilas da colônia, onde havia uma grande aglomeração de pessoas⁶⁷.

Outras medidas de caráter mais imediato eram adotadas pelos capitães-generais e pelos governadores das capitanias, aos quais estavam subordinados aos provedores de saúde dos portos e os guardas de saúde dos portos. Para o combate às epidemias, determinava-se a prática do isolamento dos contagiosos e a instalação de hospitais militares e de santas casas. Esses provedores e guardas de saúde dos portos promoviam o policiamento sanitário, fiscalizando a entrada de navios, por meio das chamadas “visitas da saúde”, e o desembarque de pessoas contaminadas⁶⁸.

Durante os primórdios do Brasil Colônia, o ensino médico era feito apenas em Portugal, com uma única cadeira, denominada Física, e os profissionais recebiam o título de Físico. Esses profissionais eram divididos nas seguintes categorias: os licenciados em Medicina, aqueles que estudavam durante quatro anos; os bacharéis em Medicina, aqueles que estudavam cinco anos e apresentassem defesa de conclusões magnas; e os Doutores em Medicina, aqueles que estudavam cinco anos e defendiam uma tese⁶⁹.

Outro profissional que trabalhava com a “arte do curar” eram os cirurgiões, que naquela época não eram profissionais formados. Eles eram encarregados das pequenas operações e se habilitavam através da prática em hospitais. Os cirurgiões passavam por um exame perfunctório, e caso fossem aprovados recebiam o título de cirurgião-barbeiro⁷⁰.

A história da assistência médico-hospitalar no Brasil começou com a vinda dos Jesuítas, das Irmandades Religiosas e das Ordens Terceira, que montavam nos prédios de suas instituições grandes enfermarias e farmácias para abrigar e tratar doentes pobres. O hospital no início da concepção da instituição era definido como asilo ou enfermaria, e constituía um

⁶⁵ SANTOS FILHO, 1991, p. 24.

⁶⁶ Ibid. p. 24.

⁶⁷ FONSECA, M. R. F. A Saúde Pública no Rio de Janeiro Imperial. In: PORTO, Ângela (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, 2008. p. 33

⁶⁸ Ibid. p. 33-34.

⁶⁹ SALLES, 1971, p. 44.

⁷⁰ Ibid. p. 44-45.

local aberto para abrigar pessoas acometidas pelas mazelas humanas. *“Desde suas origens, pode-se caracterizar o hospital por seu aspecto notadamente religioso e de centro social para atendimento à população carente”*⁷¹.

As enfermarias eram geridas pelas ordens religiosas que se instalaram no Brasil no século XVI, e nos primeiros séculos da colonização a arquitetura construída por essas instituições eram as obras mais significativas das cidades, possuindo grande importância religiosa e social⁷². A Irmandade da Misericórdia era considerada, durante o Brasil Colônia, a principal instituição pública, não só por receber padroado régio, mas também pela organização da saúde⁷³.

A medicina e assistência à saúde, durante os séculos XVI ao XVIII, eram baseadas em um conjunto de ações com estudos pouco desenvolvidos e as enfermarias da época buscavam apenas oferecer um repouso físico e espiritual ao doente até a hora de sua morte. A assistência médico-hospitalar era realizada nesse período, fundamentalmente, nas dependências das Santas Casas da Misericórdia⁷⁴ e nas Enfermarias Jesuíticas e das Ordens Terceiras.

Em 17 de junho de 1782 foram extintos os cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor na Colônia na fiscalização dos serviços de saúde. Foi criada, então, a Junta do Protomedicado, que possuía funções idênticas aos dos referidos profissionais e funcionava através do intermédio de Delegados⁷⁵. Os oficiais do Protomedicado eram responsáveis por reconhecer e cassar os diplomas dos cirurgiões-barbeiros e dos físicos, buscando diminuir e suprimir os charlatões e os curandeiros. Estes ainda eram responsáveis por inspecionar as boticas e os hospitais, por regular o preço das drogas e remédios nas farmácias, e por estabelecer medidas de defesa sanitária a serem tomadas em caso de ameaças epidêmicas⁷⁶.

Outro grupo de funcionários era responsável pelo controle e entrada de mercadoria nos portos durante o período colonial, esses eram os Provedores de Saúde dos Portos e os Guardas de Saúde dos Portos. Esses funcionários buscavam prevenir a entrada de novas doenças através do controle das mercadorias e das pessoas que entravam no Brasil.

A medicina no Brasil, entre os séculos XVI e XVIII, era dividida em Medicina Indígena e Medicina Negra, Medicina Jesuítica e Medicina Ibéria. A Medicina Indígena, assim como a Medicina Negra, envolvia mística e mágica, onde a doença era causada por um motivo natural ou sobrenatural. A terapêutica para esse tipo de medicina visava remediar, através

⁷¹ SANGULARD, 2008, p. 62.

⁷² SANTOS, P. F. *Quatro Séculos de Arquitetura*. Rio de Janeiro, IAB, 1981. p.21

⁷³ SANGULARD, 2008, p.64.

⁷⁴ Ibid. p.64.

⁷⁵ SALLES, 1971, p. 45-46.

⁷⁶ SANTOS FILHO, 1991, p. 64.

de processos mágicos, a ação maléfica dos entes superiores, utilizando os elementos da natureza, como plantas medicinais nativas. A medicina Jesuítica incorporou muitas dessas plantas medicinais à medicina científica⁷⁷. Os Jesuítas, durante o século XVI e XVII, foram considerados os médicos, os boticários e os enfermeiros da colônia. Em suas casas, residências e missões eram montadas enfermarias para o tratamento dos religiosos, dos índios e dos demais habitantes da colônia⁷⁸. A medicina jesuítica rivalizou com a praticada pelos profissionais, influenciou nos setores da farmácia e assistência hospitalar, sobrepujando-a até nos primeiros tempos de colonização, nos sentidos de maior eficiência, caridade no trato e melhores conhecimentos⁷⁹. A Medicina Ibérica era baseada na filosofia de Hipócrates, nos preceitos anatômicos de Galeno, junto aos princípios dos demais precursores Greco-romanos. Apesar de se basear na Medicina das Metrôpoles Ibéricas, a arte médica americana sofreu com as limitações do ambiente, com a insuficiência de material e com a falta de profissionais formados⁸⁰.

A assistência hospitalar no início do Brasil colônia era muito precária. Muitos viajantes chegavam à colônia adoecidos, magros e debilitados, necessitando de tratamento, repouso e boa alimentação. Era necessário acolher esses viajantes enfermos em hospitais ou enfermarias, pois eles não possuíam família que os abrigassem e não possuíam moradia para se tratarem em casa⁸¹. Como dito anteriormente, os primeiros estabelecimentos para tratar os enfermos que chegavam foram montados nas casas e colégios dos Jesuítas, onde os irmãos enfermeiros proporcionavam uma assistência aos doentes recém-chegados, além de atender aos moradores pobres. Essas enfermarias funcionaram no Brasil até a expulsão da Companhia de Jesus em meados do século XVIII⁸².

As Irmandades da Misericórdia chegaram ao Brasil para apoiar as enfermarias jesuíticas no tratamento da saúde dos portugueses, pois o crescimento populacional e econômico da Colônia necessitava de estabelecimentos de assistência hospitalar nos moldes daqueles existentes na Metrópole. Vale ressaltar que, nessa época, a hospitalização era feita para acolher os pobres doentes, aqueles que não possuíam condições de se tratar em domicílio. As Santas Casas ou Casas da Misericórdia eram os ambientes alugados ou construídos para se instalar as oficinas, os asilos, a enfermaria e a hospedaria da Irmandade. A maior clientela das enfermarias da Irmandade da Misericórdia era a classe dos pobres e a dos negros escravos⁸³. Durante o século XVII surgiram as Enfermarias das Ordens Religiosas.

⁷⁷ SANTOS FILHO, 1991, p. 114.

⁷⁸ Ibid. p. 126

⁷⁹ Ibid. p. 131

⁸⁰ Ibid. p. 153.

⁸¹ Ibid. p. 234.

⁸² Ibid. p. 235.

⁸³ Ibid. p. 240-241.

Eram os Beneditinos, as Carmelitas, os Franciscanos, as Ordens Terceiras e de outras ordens religiosas que mantiveram em seus conventos, enfermarias onde eram hospitalizados os membros da congregação⁸⁴. Por atingir apenas um pequeno número de pessoas, em geral irmãos congregados, essas enfermarias não possuíram a mesma importância que as Santas Casas e as Enfermarias Jesuíticas.

Os Hospitais Militares, ausentes nos primeiros séculos da colonização, começaram a ser construídos a partir do século XVIII. Estes estabelecimentos eram destinados à Tropa e sustentados pela Fazenda Real. Muitos deles se instalaram nas antigas enfermarias e colégios jesuíticos, entre outros bens da Companhia de Jesus, após a expulsão desta dos territórios da colônia⁸⁵. Além dos Hospitais Militares, no século XVIII surgiram os Lazaretos, destinados ao confinamento dos hansenianos em pequenas casas nas adjacências das grandes cidades. A doença infectocontagiosa deveria ser isolada nessas casas, onde os recolhidos iriam receber alimentação, assistência médica paliativa e assistência espiritual. Essas instituições eram mantidas com esmolas, legados e, às vezes, recebiam dotações do governo⁸⁶. Além dos estabelecimentos citados, existiram em locais pontuais na Colônia algumas outras enfermarias criadas para tratar dos negros escravos e dos pobres. Os senhores de engenho custeavam a construção de uma enfermaria em suas propriedades destinada a tratar os escravos doentes. A partir do século XVIII seriam criadas enfermarias localizadas nos portos do país, no Rio de Janeiro, Salvador, Recife e São Luís, para tratar os viajantes e tripulantes que chegariam doentes ao Brasil⁸⁷. Essa atitude ajudou a retardar a entrada de doenças epidêmicas ainda desconhecidas.

Apesar dos estabelecimentos de saúde existentes na colônia e as fiscalizações exercidas pelos Comissários e pela guarda de saúde, o estado da saúde brasileira nesse período era precário. As epidemias acometiam um grande número de pessoas com facilidade. O avanço nas pesquisas de saúde ao longo dos anos tornou possível melhorar as condições de tratamento que começaram a mudar a partir do século XIX. No Brasil, a evolução é reforçada pela mudança do centro administrativo da metrópole para a colônia, quando foram implementadas importantes medidas administrativas, econômicas e culturais de impacto sobre a saúde e medicina do país⁸⁸. O século XIX representa para o Brasil um período de extrema importância, com mudanças do seu status político imobilizado desde o século XVI⁸⁹.

⁸⁴ SANTOS FILHO, 1991, p. 257.

⁸⁵ Ibid. p. 255.

⁸⁶ Ibid. p. 256.

⁸⁷ Ibid. p. 258.

⁸⁸ FONSECA, 2008, p. 45.

⁸⁹ BOLTSHAUSER, J. *História da arquitetura*. Belo Horizonte : Escola de Arquitetura da UFMG, 1972 p. 3319.

As mudanças na estrutura política do país durante o século XIX desencadearam mudanças estruturais na sociedade brasileira. A primeira grande mudança aconteceu com a transferência da sede do estado absolutista português para o Brasil, que levou a criação de novas estruturas administrativas e a abertura dos portos em 1808. Foram estabelecidos órgãos que anteriormente só existiam na metrópole, como a Junta de Comércio, Agricultura, Fábrica e Navegação do Brasil e a Real Fábrica de Pólvora. Além disso, foi também reestruturada a vida cultural da colônia com a criação da Biblioteca e Museu Reais e a vinda da Missão Francesa chefiada por Joaquim Lebreton, que trouxe o arquiteto Grandjean de Montigny, o escultor Taunay e o pintor Debret, que influenciaram a arte, a arquitetura e a cultura do século XIX⁹⁰.

Nessa época foram criadas a Escola de Cirurgia, em Salvador, e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, as primeiras instituições de ensino da medicina no Brasil⁹¹. A criação das escolas de medicina no país aumentou a formação de médicos e consequentemente influenciou no avanço da medicina local e levou a evolução dos hospitais.

A corte portuguesa foi responsável por um grande impacto na estrutura e na vida social do Rio de Janeiro, os transtornos foram grandes ao abrigar 15 mil pessoas, que incluíam um grande número de nobres, militares e funcionários de alto escalão, além da própria família real, numa cidade com estrutura para 50 mil habitantes. Com todas essas mudanças, a população do Rio de Janeiro começou a crescer em ritmo acelerado⁹². Esse crescimento exponencial da população necessitava de medidas mais eficientes no campo da saúde pública. Em 7 de janeiro de 1809 foi extinta a Junta do Protomedicado e foi restaurado o cargo de Físico-mor do Reino. Esse funcionário do Reino era responsável por zelar pela saúde pública das cidades⁹³. Em 22 de janeiro de 1810 a atuação do Físico-mor foi ampliada, onde ele ficaria responsável por fiscalizar o exercício da medicina, podendo dar licença para clinicar aos cirurgiões-barbeiros onde não houvesse médicos. Esses profissionais deveriam comprovar sua experiência e habilidade médica através de exames que deveriam se prestados à uma Junta presidida pela Físico-mor do Reino. Ele podia conferir também licença aos curadores nas regiões mais remotas, desde que esses tivessem algum estudo da medicina. A concessão de licenças para medicar para

⁹⁰ ALENCAR, F.; CARPI, L.; RIBEIRO, M. V. *História da Sociedade Brasileira*. Rio de Janeiro. 1979. p. 84-86.

⁹¹ FONSECA, 2008, p. 37.

⁹² BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos – um Haussmann tropical: A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XIX*. - Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992. p. 25

⁹³ SALLES, 1971, p. 46.

profissionais não formados perpetuou até mesmo quando as Escolas de Medicina Brasileiras começaram a formar seus primeiros profissionais. Essa situação só mudaria em 1828, pós a independência do Brasil, quando o governo percebeu a incoerência e incompatibilidade da existência de médicos formados e de outros profissionais licenciados por outros processos. Foi, então, instituída a Lei de 1828, onde foi estabelecido que apenas os diplomados em medicina poderiam praticar a clínica médica⁹⁴.

A independência do Brasil, em 1822, estimulou o império brasileiro a aumentar os tratados de comércio e navegação, que foram estendidos a outros países. Foi, então, completada a integração do Brasil na economia e no comércio mundial. Essa integração proporcionou ao Brasil ainda mais avanço econômico e crescimento populacional. Esse crescimento e o reconhecimento do Brasil como nação revelou a necessidade de avanços na área da saúde, incentivando, então uma modernização dos hospitais existentes.

Para resolver os principais problemas de saúde pública durante o império, foram criadas as posturas municipais, onde as câmaras passaram a regular os assuntos relativos às condições sanitárias das cidades. Por meio dessas posturas era possível regular o exercício profissional, a higiene pública e ditar regras sobre a conservação dos hospitais de caridade e as instituições de assistência aos insanos, órfãos e doentes pobres.

Por meio de posturas municipais, as câmaras passaram a regular as diversas questões relativas às condições sanitárias [...], propondo normas a tudo que se remetia à salubridade da cidade, como a iluminação e limpeza das ruas e praças, a conservação das edificações, o estado das calçadas, aquedutos, chafarizes, o esgotamento dos pântanos, a localização dos cemitérios, o trânsito de animais, os matadouros e o reparo das estradas⁹⁵.

Em 1830, existiam na cidade do Rio de Janeiro apenas seis hospitais, eram eles, a Santa Casa da Misericórdia, o Hospital Militar, o Hospital dos Lázaros, o Hospital da Ordem Terceira de Santo Antônio, o Hospital da Ordem Terceira do Carmo e o Hospital da Ordem Terceira de São Francisco de Paula⁹⁶. Muitos desses hospitais não apresentavam uma boa condição de salubridade e deveriam ser fiscalizados pelos funcionários do Império e seguir as posturas municipais definidas pelas Câmaras.

As câmaras foram muito importantes para a manutenção da saúde pública no Brasil na primeira metade do século XIX. A mudança nesse sistema só ocorreu em 1850, com a criação da Junta de Higiene Pública, que em 1851 passou a chamar-se Junta Central de Higiene Pública. A criação da Junta redefiniu a organização do serviço de saúde no Rio de

⁹⁴ SALLES, 1971, p. 46.

⁹⁵ FONSECA, 2008, p. 39.

⁹⁶ ACRJ Divisão de Manuscritos. 9/4/2-44.2.28 – Hospitais = OFÍCIO do Procurador da Câmara Municipal. Portaria do Ministro do Império Marquês de Caravelas e Relação dos Hospitais existentes nesta Cidade. Rio de Janeiro. 22/06/1830.

Janeiro, capital do Império, mas também teve implicações no modo como o serviço era administrado regionalmente. A mudança estabelecia a instituição do cargo de Provedor de Saúde Pública em cada província, o qual passaria a ser chamado Inspetor de Saúde Pública a partir de 1857⁹⁷. Porém, as políticas de saúde pública não se mostraram eficientes e com o crescimento das enfermidades e dos pacientes, os hospitais existentes no século XIX, começaram a se mostrar poucos eficazes. Até a metade do século XIX a assistência médico-hospitalar e as ações sobre saúde pública ficavam sob-responsabilidade das instituições filantrópicas.

Os grandes problemas que inibiam o crescimento das políticas de saúde eram as restrições e regulamentações sobre recursos destinados à saúde em todas as esferas da administração pública. A saúde no século XIX ainda era vista como um problema de natureza privada, particular. As doenças eram experiências vividas no âmbito familiar. As responsabilidades do Estado estavam apenas no controle das doenças de caráter público, nas manifestações epidêmicas ou as doenças endêmicas, que exigiam intervenções maiores. As responsabilidades eram, a princípio, dos municípios, porém quando as epidemias se agravavam, passavam a esfera da província e posteriormente ao Império. As enfermarias e hospitais dessa época eram destinados aos pobres e aos desvalidos⁹⁸.

Durante o século XIX, devido ao crescimento populacional e a chegada de novas epidemias surgiram outras instituições e estabelecimentos de saúde ao longo do Brasil. Os serviços que antes eram prestados apenas nas Santas Casas da Misericórdia, nas Enfermarias Jesuíticas, nos Hospitais Militares e nos Hospitais das Ordens religiosas, a partir do referido século começariam a ser prestados também por estabelecimentos públicos e estabelecimentos privados. Essas novas edificações foram instaladas principalmente nas grandes cidades do Império, eram eles: os Lazaretos, os Hospícios de Alienados, os Hospitais Beneficentes, as Casas de Saúde, as Enfermarias de Emergência, os Hospitais Estrangeiros, os Hospitais de Isolamento, os Institutos Imperiais e as Policlínicas.

As Santas Casas da Misericórdia no século XIX ainda eram a instituição mais presente nas províncias do Império. A assistência hospitalar mantida pela Irmandade da Misericórdia era destinada aos pobres e indigentes do Império. A partir da fundação das Escolas de Medicina, seus espaços de saúde começaram a abrigar as cátedras e as enfermarias foram

⁹⁷ SILVEIRA, A. J. T.; FIGUEIREDO, B. G. A Saúde em Minas Gerais durante o século XIX. In: MARQUES, R. C. (org.); SILVEIRA, A. J. T. (org.); FIGUEIREDO, B. G. (org.). *História a saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Minha Editora. 2011. p. 5

⁹⁸ Ibid. p. 6.

destinadas ao ensino dos futuros médicos. A prática nos indigentes era aceita como normal, e contribuía para o aperfeiçoamento da prática médica-cirúrgica⁹⁹.

Nos Séculos XIX e XX surgiram inúmeros Hospitais das Santas Casas no país. Muitas vilas possuíam sede de Câmara, Igrejas e Monastérios, mas não contavam com um estabelecimento hospitalar. Muitas das instituições e dos estabelecimentos fundados nos primeiros duzentos anos da colonização haviam sido fechados. Era necessário criar e fundar novos hospitais e a Irmandade da Misericórdia se responsabilizou por isso. Durante o século XX prosseguiu a fundação de novas Santas Casas e foi necessária a reforma das existentes, que foram remodeladas e dotadas de salas de cirurgia, aparelhos de Raios-X, e outras inovações introduzidas pelo século¹⁰⁰.

Além das Santas Casas, a Irmandade da Misericórdia administra outros estabelecimentos instalados no século XIX, como os Lazaretos. Esses estabelecimentos eram hospitais de isolamento destinados exclusivamente aos doentes de hanseníase. Esses estabelecimentos não possuíam verbas suficientes para abrigar adequadamente todos os leprosos das Províncias. Os Lazaretos abrigaram e medicaram poucos pacientes no século XIX, pois suas acomodações eram pequenas, o tratamento era ineficaz e a alimentação não era adequada. Os doentes de hanseníase, por sua vez temiam a internação e procuravam evitá-la a qualquer custo. Eles preferiam viver livres, vagando pelas ruas e esmolando, do que ser confinados ao isolamento¹⁰¹.

As Ordens Religiosas permaneceram com suas atividades e enfermarias de saúde durante o século XIX, destinadas aos membros das respectivas ordens e aos pobres necessitados. As Ordens Terceiras proporcionavam nas principais cidades brasileiras assistência hospitalar e médica-cirúrgica aos seus filiados¹⁰². As referidas Ordens Religiosas mantinham no interior de suas Igrejas e Monastérios pequenas enfermarias, e só no século XIX elas começaram a construir edificações para abrigar os hospitais das Ordens.

Como dito anteriormente, a Companhia de Jesus foi expulsa do país nos meados do século XVIII, por iniciativa do Marquês de Pombal. As funções das enfermarias jesuíticas foram assumidas pelos hospitais da misericórdia e das outras ordens religiosas. As edificações onde funcionavam essas enfermarias foram, em grande parte, ocupadas pelos Hospitais Militares. Esses estabelecimentos foram criados no século XVIII e foram alocados nas sedes das capitanias e, após a independência, nas capitais das províncias. Esses hospitais se expandiram durante os séculos XIX e XX, construindo novas sedes e grandes hospitais para

⁹⁹ SANTOS FILHO, 1991, p. 445-447.

¹⁰⁰ Ibid. p. 458-463.

¹⁰¹ Ibid. p. 463-465.

¹⁰² Ibid. p. 470-471.

o tratamento dos soldados, marinheiros e militares, em geral. Essa população era atendida por médicos e cirurgiões militares¹⁰³.

A partir do século XIX surgiram hospitais para tratamento de doenças específicas. Essa setorização da assistência à saúde foi reforçada no século XX, com a criação de diversos hospitais especializados. O tratamento dos alienados começou no Brasil no século XIX, a partir da criação de hospitais especializados. Até então, os loucos eram encarcerados em prisões, em celas ou em quartos gradeados nas dependências das Santas Casas. A introdução do Hospício como símbolo de isolamento dos loucos surgiu nessa época, pois até então a palavra Hospício referia-se a um domicílio hospitaleiro, destinados a receber peregrinos em viagens¹⁰⁴. Esses estabelecimentos especializados foram instalados nas capitais das principais províncias, nas demais vilas e centros populacionais do Império, os alienados continuaram a ser recolhidos nas cadeias e nas celas dos hospitais¹⁰⁵.

Em épocas de graves surtos epidêmicos os governos provinciais e municipais instalaram Enfermarias de Emergência para tratar especificamente da doença em questão. Durante o século XIX foram instaladas, às pressas, enfermarias e pequenos hospitais para tratar das epidemias de febre-amarela, de varíola, de cólera-morbo, entre outras doenças. Esses estabelecimentos eram destinados ao tratamento e amparo às vítimas pobres das epidemias¹⁰⁶. Além das Enfermarias de Emergência foram criados, próximos às áreas portuárias, os Hospitais de Isolamento, destinados as pessoas recém-chegadas de portos contaminados. Os navios realizavam uma viagem transoceânica sem as mínimas condições de higiene. As epidemias à bordo de navios eram muito comuns no século XIX e, naquela época e sob aquelas circunstâncias, a epidemia tornava-se quase impossível de ser controlada. Uma das medidas profiláticas mais comuns nos casos de navios infectados era o torna-viagem, uma medida defensiva que consistia em ordenar que o navio que houvesse uma grande quantidade de doentes e mortos a bordo voltasse para o seu porto de origem. Outra medida muito adotada pelo governo brasileiro foi fechar os portos para navios procedentes de portos infectados ou impedir a corrente imigratória de pessoas provenientes de locais com surtos epidêmicos¹⁰⁷. Quando os navios eram autorizados a entrar nos portos brasileiros eram necessárias medidas profiláticas para evitar a entrada de doenças, e por isso esses passageiros e tripulantes eram hospedados por dias nos Hospitais de Isolamento

¹⁰³ SANTOS FILHO, L. C. *A Pequena História da Medicina Brasileira*. Editora Parma: São Paulo. 1980. p. 66.

¹⁰⁴ RODRIGUES, 1875, p. 216.

¹⁰⁵ SANTOS FILHO, 1991, p. 469-470.

¹⁰⁶ Ibid. p. 480.

¹⁰⁷ REBELO, Fernanda; MAIO, Marcos Chor; HOCHMAN, Gilberto. O princípio do fim: o “torna-viagem”, a imigração e a saúde pública no Porto do Rio de Janeiro em tem pós de cólera. *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, v. 24, n.47, jan-jun, 2011. p. 72-73.

e deveriam esperar em quarentena antes de adentrar o país. Os portadores de doenças infectocontagiosas eram isolados ao desembarcar para serem devidamente tratados¹⁰⁸.

Pequenos hospitais particulares também seriam instalados no Brasil durante o século XIX. As Casas de Saúde, propriedade de médicos e por eles administrado, eram destinadas ao cuidado da saúde das pessoas que podiam arcar com os custos de seu tratamento. Esses estabelecimentos não possuíam vínculos com as Irmandades ou com as Sociedades Beneficentes. As Casas de Saúde existiram apenas nas cidades brasileiras mais populosas. Muitas dessas Casas de Saúde ofereciam serviços especializados, como apoio à maternidade, com a instalação de salas de partos, e acomodações para tratamento de alienados¹⁰⁹.

Para o atendimento da população mais pobre os médicos das grandes cidades se reuniram e fundaram, no fim do século XIX, as Policlínicas. Esses estabelecimentos eram ambulatorios que prestavam consultas, forneciam medicamentos, realizavam primeiros socorros e pequenas cirurgias, além do atendimento a domicílio para as pessoas destituídas de recursos econômicos. Eram espaços dedicados também ao aprendizado de especialidades médicas e cirúrgicas através de atendimento diário gratuito¹¹⁰.

No século XIX surgiram as primeiras Associações de Beneficência, que buscavam socorrer os seus sócios. As primeiras associações chegaram ao Rio de Janeiro e fundaram os próprios hospitais, como o Hospital da Beneficência Portuguesa, que tinha como objetivo proporcionar aos portugueses necessitados, trabalho, alimentação, educação, socorro médico e hospitalar, e funeral digno. Outras associações também existiram no Brasil, como as Associações Beneficentes dos Ingleses, dos Franceses e dos Italianos. Muitas dessas associações possuíam hospitais próprios, mas quando não os tinham, eles contribuíam para o pagamento das diárias em outros hospitais dos associados doentes e internados. As associações beneficentes e outras semelhantes, denominadas “caixa de socorro”, “dispensários” ou “ligas” se instalaram em vários pontos do país, nas primeiras décadas do século XX¹¹¹.

Além dos Hospitais Beneficentes que buscavam apoiar e tratar os membros associados existiram também os Hospitais Estrangeiros, que eram enfermarias subsidiadas nas colônias estrangeiras com o objetivo de atender aos marinheiros e outros conterrâneos em caso de adoecimento destes ao chegar ao porto estrangeiro. Essas enfermarias eram dispostas nos portos brasileiros, eram dirigidas pelos cônsules e o atendimento era feito por

¹⁰⁸ SANTOS FILHO, 1991, p.481.

¹⁰⁹ Ibid. p. 474-478.

¹¹⁰ Ibid. p. 485.

¹¹¹ Ibid. p. 471-472.

médicos e cirurgiões patrícios¹¹². Havia diversas colônias estrangeiras radicadas no país e muitas delas criaram hospitais próprios nesse período¹¹³.

No século XIX, autoridades de saúde compreendiam que o porto era a principal ligação da cidade com o exterior, e por isso constituía um local propício para o início e o alastramento de doenças e epidemias. A preocupação com o saneamento das cidades e das áreas portuárias passou a ser uma questão de importância na atuação governamental¹¹⁴. A Proclamação da República e a Constituição de 1891 promoveram a reorganização das atribuições e responsabilidades na área da saúde das esferas de poder. A saúde pública passou ao domínio estatal e começou a ter um caráter efetivamente público, onde o governo estabelecia a sua organização e os locais de atuação¹¹⁵. Durante a república entendia-se como assistência pública um amplo campo de ações, desde os cuidados com infância e maternidade até a velhice e a loucura¹¹⁶.

Durante o início da República, as Prefeituras e os Governos Provinciais concentravam as suas preocupações na questão urbana, com as melhorias das condições sanitárias e seu embelezamento. Porém, nos primeiros anos do novo regime pouco se alterou na estrutura da assistência hospitalar. As principais preocupações na questão urbana visavam diminuir os focos de doença que para os republicanos eram resultados de locais pobres e insalubres, que levaram aos movimentos sanitaristas do início do século XX¹¹⁷.

As áreas portuárias receberam novos regulamentos e em 1893, medidas severas foram tomadas para evitar a entrada das epidemias pelos portos brasileiros. O novo decreto que regulamentava o serviço da Inspetoria de Saúde dos Portos buscava aumentar a rigidez nos processos de fiscalização e estabelecer uma quarentena mais eficiente. Quando os serviços de saúde foram unificados pelo governo republicano, em 1897, a nova Diretoria Geral de Saúde Pública, substituiu o antigo Instituto Sanitário Federal e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos¹¹⁸. Grandes mudanças aconteceriam no século seguinte, com a entrada de Oswaldo Cruz no governo brasileiro como Diretor de Saúde Pública. Ele tinha a missão de acabar com as pestes e epidemias e criou novas políticas que incluíam os planos de saneamento das cidades, controle das doenças epidêmicas e vigilância dos portos. Oswaldo

¹¹² SANTOS FILHO, 1991, p.470.

¹¹³ Ibid. 480.

¹¹⁴ REBELO; MAIO; HOCHMAN, 2011, p. 75.

¹¹⁵ FONSECA, 2008, p. 45.

¹¹⁶ SANGULARD, 2008, p.61.

¹¹⁷ Ibid. p. 65-66.

¹¹⁸ Ibid. p. 66.

Cruz criou as brigadas sanitárias eram acompanhadas por policias e tinham permissão para invadir, vistoriar e demolir casas¹¹⁹.

Os estudos em história da saúde brasileira apontam dois momentos diferentes, o primeiro, após a metade do século XVIII, quando a higiene pública se associou a preocupação do crescimento urbano; e o segundo quando as políticas sanitárias se tornaram centrais para a configuração do estado republicano. Essas reformas promovidas durante o início do período republicano foram as responsáveis pela alteração do quadro da saúde pública brasileira. A preocupação com o atendimento às enfermidades e a busca pela cura dos doentes foi crescendo, a medicina evoluiu e levou o governo brasileiro a começar a investir na construção de novos hospitais geridos pelo poder público¹²⁰.

f. O Hospital e a Arquitetura Hospitalar Brasileira no Século XIX.

A arquitetura hospitalar, durante o segundo quartel do século XIX, passou por diversas mudanças e reestruturações devido aos avanços da ciência e da medicina. As enfermarias construídas nos séculos XVI que foram se modificando sem planejamento ao longo dos anos, aumentando os leitos e acumulando cada vez mais doentes em suas enfermarias, dariam espaço aos hospitais higienistas, reformados e administrados por médicos. O auxílio aos moribundos na hora da morte perdurou por muitos séculos até surgiram novas formas de tratamento aos doentes, aumentando os prognósticos de cura. Para que esse tratamento fosse eficiente era necessário reformar os espaços das enfermarias e hospitais exaltando os conceitos higienistas e estabelecendo um novo significado para o Hospital.

Durante os meados do século XIX, a assistência à saúde começou a receber mais investimentos e notou-se a necessidade de modernização do tratamento da saúde no país. Com isso foi necessário a demolição das antigas enfermarias e asilos para os pobres para dar lugar aos novos hospitais higienistas da modernidade. Foi necessário reestruturar também a saúde pública das cidades, com reformas das ruas, secagem de pântanos, abertura de avenidas e adoção de diversas medidas que promovessem o saneamento das cidades. O Rio de Janeiro, por ser a capital do Império, foi o primeiro a se beneficiar das novas medidas de saúde que incentivaram a reconstrução dos hospitais. Foi durante o século XIX que ali se estabeleceram os novos hospitais, tanto públicos quanto particulares.

As instituições de saúde que funcionavam em locais insalubres e estavam superlotadas necessitavam de modernização urgente. Foram então construídos os novos hospitais a

¹¹⁹ BENCHIMOL, 1992, p. 26.

¹²⁰ SILVA, M. R. B. Concepção de saúde e doença nos debates parlamentares paulista entre 1830 e 1900. In: MOTT, M. L.(org.); SANGIARD, G.(org.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Minha Editora, 2011. p. 65-66

partir dos meados do século XIX, onda iniciada pela construção do novo hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro em 1840. Os espaços passaram a ser divididos por setores, separando os doentes infectocontagiosos dos outros e estabelecendo enfermarias exclusivas para cada sexo. Foram construídos também prédios específicos para os alienados, os órfãos e os velhos. A busca pela higiene foi a responsável pela transformação na forma arquitetônica. As principais mudanças na arquitetura hospitalar foram: a atenção aos benefícios da aeração e ao combate à umidade; e criação das alas independentes, que buscavam isolar o doente infectocontagioso dos demais pacientes¹²¹.

O que se percebe de comum às arquiteturas desses hospitais é a tentativa de responder com qualidade construtiva às questões impostas pela higiene: o uso de pavilhões de isolamento para o acolhimento das doenças infectocontagiosas ou separação por sexo; uso de pátios internos e grandes janelas para facilitar a aeração e a ventilação dos quartos; e, em alguns casos, adotou-se o isolamento da malha urbana. Quanto à linguagem arquitetônica, vê-se o uso do neoclássico [...]¹²².

O estilo arquitetônico utilizado na construção e reconstrução dos hospitais e das principais instituições de saúde foi o neoclássico. Esse estilo expressava os novos padrões de modernidade do século XIX. O estilo surgiu com a busca dos arquitetos do século XVIII por um meio autêntico para seus projetos, através de uma reavaliação precisa da antiguidade. Eles procuravam obedecer aos princípios da era clássica sem efetivamente copiar os antigos. Para eles, os gregos e romanos elevaram a arquitetura ao seu mais alto nível de refinamento, devendo ser os antigos a referência para os projetos modernos¹²³. A arquitetura neoclássica, assim como a pintura e a escultura, faz parte do grupo de artes maiores. Elas foram condicionadas a um sistema de regras da antiguidade, em parte tiradas da época clássica e em parte individualizadas pelas convergências dos artistas do Renascimento¹²⁴.

O Neoclássico substituiu os atributos vitruvianos na arquitetura, os princípios da utilidade, da solidez e da beleza, por uma trindade própria, composta pelos princípios da ordem, distribuição e conveniência. Os dois primeiros princípios, ordem e distribuição, correspondem à proporção correta das ordens clássicas e à disposição apropriada dos elementos. O terceiro princípio, a conveniência, introduz a noção de adequação, que era contra a aplicação inadequada dos elementos clássicos. O estilo tinha uma ornamentação submetida a adequação e havia uma preocupação grande com a pureza geométrica, uma

¹²¹ COSTA, R. G. R. Arquitetura e Saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, A.(org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 122

¹²² Ibid. p.123.

¹²³ FRAMPTON, Kenneth. *A História Crítica da Arquitetura Moderna*. São Paulo: Martins Fontes. 2003. p. 4.

¹²⁴ BENEVOLO, Leonardo. *Historia de la Arquitectura Moderna*. Vol 1. Madri: Taurus Ediciones S.A. 1963. p. 24

reação aos dispositivos barrocos, como a colunata irregular, os frontões quebrados e as colunas retorcidas¹²⁵. A beleza de uma edificação neoclássica deriva-se necessariamente da coerência com que o arquiteto trabalha a sua decoração e o seu fim utilitário. A verdadeira beleza se alcança com a disposição mais conveniente e mais econômica dos elementos estruturais da edificação¹²⁶.

A arquitetura neoclássica reconhece em suas formas uma correspondência com os elementos da arquitetura grega e romana. Além disso, a mesma apresenta as formas racionais da sua época através da aplicação elementos de construção tecnológicos. Algumas dessas formas racionais poderiam ser facilmente substituídas por elementos da arquitetura clássica, como as colunas aos suportes verticais, as arquitraves às vigas horizontais e as cornijas aos telhados salientes. A utilização dos elementos clássicos tem como principal objetivo recordar os nobres exemplos da história grega e romana¹²⁷.

A partir do Século XIX, os engenheiros-arquitetos que atuavam no Brasil aderiram ao estilo neoclássico nos seus projetos arquitetônicos. O estilo e arte colonial passaram a repudiados pelos arquitetos e engenheiros da época. A evolução política e novo status do país como Império pediam um cenário inteiramente novo, e foram incentivado que a arquitetura, então seguisse as formas neoclássicas¹²⁸. A arquitetura produzida no Brasil nesse período, a partir da segunda metade do século XIX, é mais bem caracterizada pela expressão classicismo imperial brasileiro. O Classicismo à brasileira promoveu um novo estilo para as construções locais que relembra a criação do Império independente e era a linguagem preferida pela maioria dos projetistas da época¹²⁹.

Os tratados de arquitetura portugueses escritos durante o século XIX apresentavam as diretrizes que as novas edificações deveriam seguir, adequando-se ao estilo da época. A Arquitetura Civil deveria se propor ao bem-estar dos usuários, assim como a conveniência da sociedade. Ela deveria possuir uma utilidade pública e particular. As edificações deveriam defender os indivíduos das manifestações atmosféricas rigorosas e satisfazer as necessidades imposta pelos costumes sociais. Os meios que a arquitetura civil deveria utilizar para conseguir os grandes resultados eram: a Solidez, a Disposição e a Decoração¹³⁰.

¹²⁵ FRAMPTON, 2003, p. 5.

¹²⁶ BENEVOLO, 1963, p. 75.

¹²⁷ Ibid. p. 69-71.

¹²⁸ BOLTSHAUSER, 1972, p. 3339-3340.

¹²⁹ SOUSA, Alberto. *A Variante Portuguesa do Classicismo Imperial Brasileiro*. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB, 2007. p.11.

¹³⁰ SEQUEIRA, J. C. *Noções Theóricas de Architectura Civil*, Seguidas de um Breve Tratado das Cinco Ordens de J. B. de Vignola. Academia das Bellas Artes de Lisboa. Lisboa: Typographia de José Baptista Morando. 1858. p. 5-6.

A Arquitetura Civil Neoclássica deveria apresentar o princípio da Solidez, que seria expressa na edificação através da durabilidade, da segurança e da economia. A Disposição compreendia os princípios de conveniência, comodidade e salubridade da edificação. A distribuição dos cômodos e compartimentação dos espaços no projeto eram essenciais para a construção de uma boa arquitetura. A salubridade será atingida se o terreno escolhido for sadio e os aposentos apresentaram uma temperatura saudável. As disposições das portas e janelas devem ser de tamanho adequado e estar bem alocadas para amenizar o calor e a umidade¹³¹.

As edificações deveriam ser simétricas e regulares, com aplicações de objetos, como janelas e portas, bem dispostas quanto a composição da fachada e dos intervalos de cheios e vazios. As molduras, frisos e cornijas devem ser alocados de maneira que ofereçam aos olhos do observador um contraste de linhas, sem muitos ressaltos ou interrupções. As colunas, pilastras, ou qualquer outro membro de decoração devem ser colocados simetricamente em ambos os lados da fachada, sendo que no centro da edificação deve-se localizar a entrada principal¹³².

As colunas e pilastras devem ser decoradas segundo as cinco ordens da arquitetura, que foi transmitida aos modernos pelos gregos e romanos. As ordens são a Toscana, a Dórica, a Jônica, a Coríntia e a Composita. As ordens, quer sejam elas simples ou enriquecidas de ornamentos, podem ser empregadas na totalidade de qualquer edificação, pois elas contribuem para a beleza e majestade de qualquer palácio. Elas, quando aplicadas convenientemente ao destino, apresentam um aspecto forte e robusto, e em outras um caráter alegre e delicado. No primeiro caso devem ser usadas as Ordens Toscana e Dórica, sem ornamentos, e no segundo devem ser usadas as Ordens Jônica e Coríntia, cujas proporções são mais elegantes e esbeltas com molduras mais delicadas¹³³. (Figura 9)

As Ordens Toscanas e Dóricas, por serem mais fortes que as outras, podem sustentar grandes massas e por isso devem ser empregadas em edifícios públicos. A Ordem Jônica, por ser elegante e esbelta e possuir gracioso capitel, deve ser empregada em galerias interiores ou salas importantes da edificação. A Ordem Coríntia, por ser majestosa e nobre, apresenta muitos ornamentos de escultura e somente deve ser utilizada em templos, palácios reais e edifícios públicos muito importantes. A Ordem Composita é a idealização dos romanos da combinação entre modelos Jônicos e Coríntios e devem ser usadas em ambientes requintados e edificações majestosas¹³⁴.

¹³¹ SEQUEIRA, 1858, p. 6.

¹³² Ibid. p. 7.

¹³³ Ibid. p. 9-11.

¹³⁴ Ibid. p. 11-12.

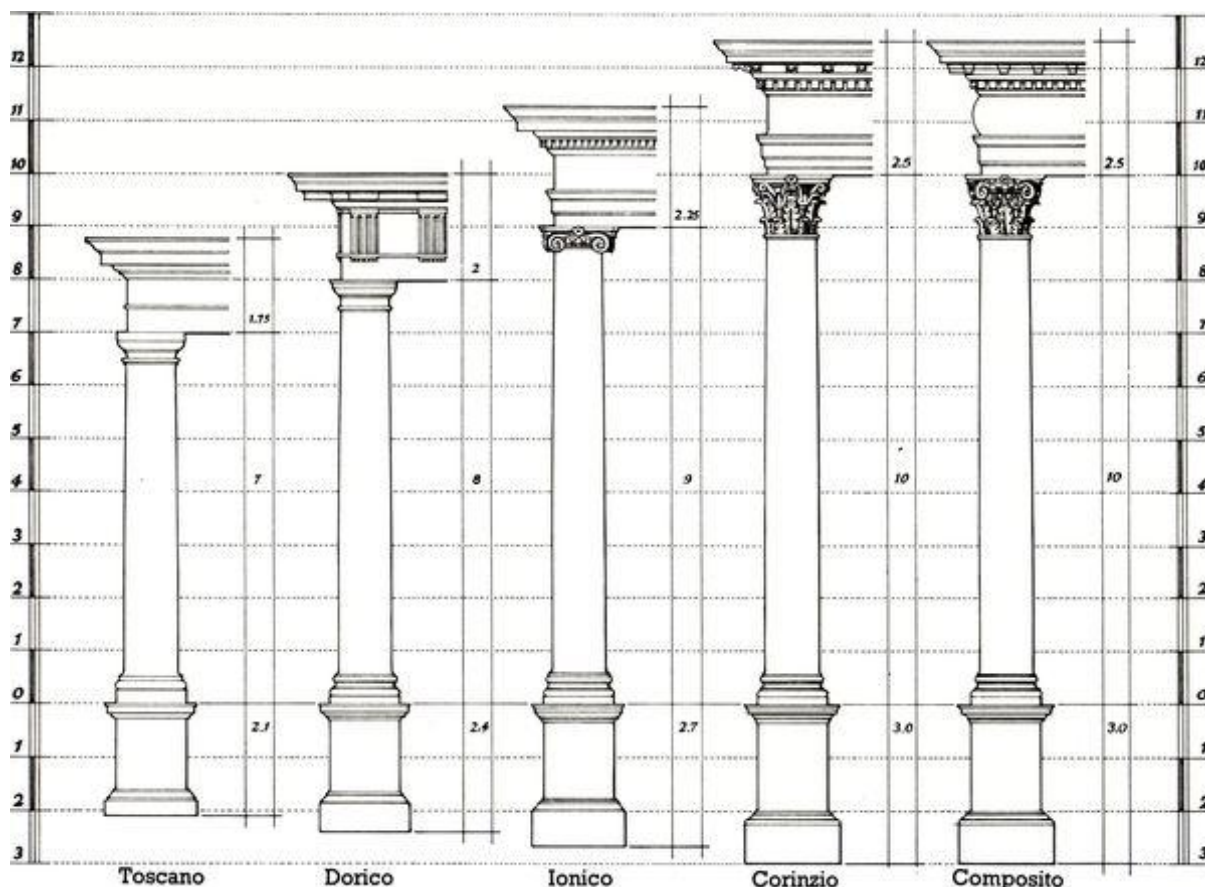


Figura 9 – As cinco ordens na arquitetura neoclássica, Toscana, Dórica, Jônica, Coríntia e Composita. Fonte: Chitham, 2005.

Outro elemento muito frequente na Arquitetura Neoclássica eram os frontões, que ocupavam o centro das fachadas e marcavam o estilo da edificação. Eles também poderiam aparecer nos corpos salientes da fachada, como os torreões, que podem ser decorados com frontões. Os frontões deveriam ser triangulares e apresentar ornamentos que representassem a edificação. Além dos elementos decorativos, as portas e janelas exteriores e interiores deveriam apresentar uma proporção relativa à escala da edificação¹³⁵.

A necessidade de salubridade na edificação é um conceito antigo estabelecido por diversos teóricos ao longo dos anos. O Tratado de Vitruvius anunciava os princípios e recomendações sobre a necessidade de ventilação, ausência de umidade e iluminação na edificação¹³⁶. Esses conceitos de higiene foram poucos seguidos nas construções das enfermarias anteriores ao século XIX, já que o estabelecimento era destinado a abrigar pobres doentes e moribundos. A medicina medieval também não favorecia os prognósticos de cura e devido ao aumento da população e crescimento da demanda, as enfermarias chegaram ao século XIX como locais escuros e insalubres.

¹³⁵ SEQUEIRA, 1858, p. 25-28.

¹³⁶ VITRUVIO. *Tratado de arquitetura*. São Paulo: Martins, 2007.

Com os avanços da medicina e as diversas possibilidades de cura, uma ampla reforma das enfermarias e hospitais começou a ser incentivada. As reformas se baseavam nos Tratados de Arquitetura do século XIX, onde os hospitais deveriam ser edificações salubres e higiênicas. O Tratado do teórico Durand afirma que nos edifícios hospitalares deveriam prevalecer as noções de higiene¹³⁷. Porém nessa época acontecia exatamente o contrário, as enfermarias antigas eram vistas como focos de infecção, principalmente para os internos, que não eram separados por sexo, nem pelo tipo de doença (infectocontagiosa ou não). Para Durand, o hospital devia proporcionar um ambiente asseado, humanizado e seguro ao doente, acelerando a recuperação completa dos convalescentes e oferecendo um tratamento humanizado para os moribundos¹³⁸.

Os tratados anteriores ao século XIX estabeleciam medidas de salubridade básicas para as edificações. As medidas específicas foram criadas a partir das experiências construtivas dos novos hospitais higienistas da segunda metade do século XIX. O Hospital fica definido nessa época como um espaço para tratar e curar doentes pobres, modificando o princípio de que esses lugares apenas acolhiam os desvalidos até a sua inevitável morte. Foi então definido que para a construção de hospitais deviam ser nomeados arquitetos merecedores de tal projeto, que realizassem um estudo especial e refletido sobre as condições e conveniências necessárias de uma edificação desse tipo¹³⁹.

Baseado nos bons exemplos de edificações de saúde construídas no século XIX, Rodrigues definiu em seu Dicionário Técnico alguns princípios que deveriam ser seguidos pelos hospitais que fossem construídos a partir desse período. A primeira recomendação é que a edificação seja situada em terreno limpo e arejado, segregado das grandes povoações, mas não tão distante delas. A segunda recomendação é quanto ao partido, que deveria ser paralelepípedo ou circular. O partido deveria ser escolhido de acordo com o uso e as circunstâncias do espaço hospitalar. Ele não deveria possuir mais de dois andares e deveria ser construído acima do nível do solo, para permitir a circulação de ar por baixo da edificação. A terceira recomendação é que a ventilação deve ser cuidadosamente estabelecida, evitando assim futuras contaminações. Além disso, os canos de despejo devem ser bem construídos e de fácil vazão. Por fim, a quarta e última recomendação é quanto a localização dos serviços de farmácia e cozinha que devem ser alocados no prédio da melhor forma, a fim de facilitar o serviço dos funcionários. O arquiteto que se propõe a

¹³⁷ DURAND, J-N-L. *Précis des leçons d'architecture* données à l'École Royale Polytechnique. Paris, 1805. p.68

¹³⁸ Ibid. P.68

¹³⁹ RODRIGUES, 1875, p. 216.

projetar tal edificação deve estudar tal disciplina, ler referências sobre os hospitais que se tem construído e as recomendações que foram escritas¹⁴⁰.

Os tratados portugueses, franceses e italianos eram muito usados para embasar as definições de um projeto de arquitetura hospitalar no Brasil do século XIX. No fim do referido século, o Conselho Municipal de Higiene e Assistência Pública da cidade do Rio de Janeiro, baseada nesses tratados, resolveu estabelecer diretrizes que serviriam para guiar a construção de novos hospitais na cidade, principalmente aqueles construídos no século XX¹⁴¹.

A Diretoria de Obras da Prefeitura do Distrito federal estabeleceu que as edificações deveriam ser construídas com uma cota mínima de 1,50 metros entre a superfície do terreno e o assoalho da edificação, como forma de diminuir o contato com a umidade do solo e proporcionar a ventilação pela parte inferior da edificação. O solo em que a edificação fosse implantada deveria ser previamente drenado, revestido de cimento ou asfalto comprimido. A edificação hospitalar deveria ter uma enfermaria para cada sexo, além de locais apropriados para a instalação dos serviços, da farmácia, da cozinha, das salas para observação dos pacientes, dos gabinetes de latrina e dos banheiros. As latrinas não deveriam ser instaladas diretamente com comunicação com o exterior. As enfermarias poderiam ter no máximo 24 leitos e as salas de observação poderiam ter no máximo dois leitos. As diretrizes estabeleciam que houvesse quarto destinado aos doentes contribuintes, que seriam de no máximo dois leitos, cada aposento. A ventilação natural seria estabelecida como principal meio de se obter a salubridade e deveria ser feita por meio de janelas e de orifícios de ventilação colocados no teto. A iluminação natural deveria ser obtida através da superfície vítrea das janelas e para a iluminação noturna seriam instaladas junto ao teto luminárias elétricas, a gás ou a óleo¹⁴².

O Hospital, a partir do século XIX no Brasil, transforma-se em instrumento de cura, diferente da sua concepção inicial no início do século XVI, quando era um território religioso e das suas irmandades. Esses estabelecimentos não eram lugar da prática médica, onde não havia nenhum tipo de atuação da ciência médica ou aprimoramento dos estudos terapêuticos¹⁴³. Eram apenas espaços para amparar até a morte os pobres, os indigentes e todos aqueles que não tinham condições de pagar por um tratamento domiciliar.

¹⁴⁰ RODRIGUES, 1875, p. 216.

¹⁴¹ AGCRJ. Divisão de Manuscritos. 9/4/2-44.2.27 – Conclusões do Parecer aprovado pelo Conselho Municipal de Higiene e Assistência Pública referentes a edificações de enfermarias nos subúrbios. In: Documentação Avulsa (Hospitais e Casas de Saúde) 1º volume. Rio de Janeiro. 13/02/1897.

¹⁴² Idem.

¹⁴³ FOUCAULT M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal; 1984. p. 99.

Antes do século XIX, no Brasil, o hospital era uma instituição essencialmente voltada à assistência aos pobres, que tinha o objetivo de não apenas assistir a essa população, mas também separá-la e excluí-la da sociedade. Esses estabelecimentos eram lugares onde se juntavam e misturavam os doentes, os loucos, os devassos e as prostitutas. Tornando-se um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual¹⁴⁴. Nessa época os pobres, os mendigos e os indigentes desfrutavam de certa tolerância social, devido as profundas raízes católicas que existiam na sociedade brasileira. A tradição medieval da piedade com os pobres era uma forma de expressar devoção para com Deus. A imagem dos pobres era impregnada de simbologia sagrada, fazendo com que os mais afortunados oferecessem esmolas aos pobres como forma de buscar salvação divina¹⁴⁵.

Após o século XIX, o pobre começou a ser visto como uma ameaça a sociedade capitalista. O crescimento populacional e o aumento das aglomerações urbanas transformaram o “pobre de Deus” em uma classe perigosa, uma ameaça de disseminação de doenças infecciosas provenientes dos cortiços com destino às residências das elites¹⁴⁶. O governo brasileiro a partir da segunda metade do século XIX começou a tratar o pobre urbano como fonte de desordens e doenças perigosas, e as presenças de mendigos e indigentes livres pelas ruas eram consideradas uma ameaça à construção de uma nação civilizada e industrial. Esse conceito seria reforçado posteriormente pelos republicanos¹⁴⁷.

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna¹⁴⁸.

A função da assistência hospitalar se modifica nessa época no Brasil, deixando de ser apenas um recolhimento de pobres moribundos, um “morredouro”, para tratar o doente e realizar a cura. As instituições passam por uma transformação, buscando purificar as pessoas consideradas ameaças sociais dos efeitos nocivos e da desordem, sanitária e econômico-social, que elas carregavam¹⁴⁹.

A cidade do Rio de Janeiro, capital do Império Brasileiro precisava, então, se organizar para crescer como nação civilizada, livre da desordem econômicas, sociais e sanitárias que poderiam atrasar o seu desenvolvimento. Para controlar essa população mais pobre foi criado uma mentalidade asilar, como forma de enfrentar as condições sociais que o país se

¹⁴⁴ FOUCAULT, 1984, p. 101-102.

¹⁴⁵ FRAGA FILHO, W. *Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX*. São Paulo, SP: Hucitec; Salvador, BA: EDUFBA, 1996. p. 35.

¹⁴⁶ HAHNER, J. E. *Pobreza e política: os pobres urbanos no Brasil - 1870/1920*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993. p. 283.

¹⁴⁷ SANGULARD; 2008, p.66.

¹⁴⁸ FOUCAULT, 1984, p. 101.

¹⁴⁹ Ibid. p. 103.

encontrava durante o século XIX. Foi criado o Pentágono da Assistência, um “cercamento” da sociedade normal, formado pelas cinco instituições capazes de ordenar aqueles que precisavam ser ordenados¹⁵⁰. Essas instituições eram: a Casa de Correção (Figura 10), responsável por recuperar os infratores, os vadios e os criminosos; a Santa Casa da Misericórdia (Figura 11), que possuía o objetivo de abrigar e oferecer tratamento aos doentes pobres; o Hospício de Pedro II (Figura 12), responsável por abrigar e tratar adequadamente os insanos do Império; o Asilo da Mendicidade (Figura 13), destinado a abrigar os mendigos inválidos que transitavam pelas ruas; e as Instituições de acolhimento de menores abandonados, que pode ser subdividida em duas instituições, a Casa dos Expostos (Figura 15) e o Recolhimento das Órfãs (Figura 14), responsável por cuidar e educar os órfãos e menores abandonados.

Dos estabelecimentos citados acima, três deles se destacaram durante o século XIX como instituições voltadas para o controle social do Império. Foram eles: a Santa Casa da Misericórdia, o Hospício de Pedro II e o Asilo da Mendicidade. Esses estabelecimentos se consolidaram através de uma arquitetura hospitalar sólida, construída para o fim que receberam e influenciaram diretamente no tratamento dos internos. As edificações foram consideradas modelos e referência para a época. A estrutura espacial, principalmente dos espaços hospitalares, é um meio de intervenção sobre o doente. A arquitetura hospitalar funciona como um instrumento de cura, quando projetada para funcionar como tal¹⁵¹. O espaço hospitalar transforma-se no espaço do médico e durante o século XIX, ele vai se desvencilhando aos poucos das instituições de caridade.

Das seis edificações que formavam o Pentágono da Assistência e Controle dos Pobres do Império, apenas as três mais importantes foram tombadas como Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, a Santa Casa da Misericórdia, o Hospício de Pedro II e o Asilo da Mendicidade. A Edificação do Recolhimento das Órfãs atualmente apresenta-se tombada pelo Patrimônio Municipal e foi restaurada para abrigar um museu. A Casa dos Expostos, ainda pertence à Irmandade da Misericórdia do Rio de Janeiro, e atualmente abriga o Educandário Romão de Mattos Duarte. A edificação não se apresenta protegida por nenhuma esfera de poder, porém existe uma conservação de suas características arquitetônicas originais. A Casa de Correção foi demolida para a construção de um conjunto habitacional e atualmente só restou o Pórtico neoclássico da entrada da instituição, tombado pelo Patrimônio Municipal.

¹⁵⁰ SILVA JÚNIOR, Osnir. *Do Asylo da Mendicidade ao Hospital Escola São Francisco de Assis: A Mansão dos Pobres*. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora. 2000. p. 57,

¹⁵¹ FOUCAULT, 1984, p. 108.



Figura 10 – Casa de Correção destinada a prender e corrigir os infratores, os criminosos e os vadios. Fotografia: Carioca Rio, 2014.



Figura 11 – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro destinada a tratar os pobres doentes. Fotografia: Marc Ferrez (1904). Fonte: Alma Carioca, 2014.



Figura 12 – Hospício de Pedro II destinado ao tratamento dos alienados. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Lopes, 2008.



Figura 13 – Asilo da Mendicidade destinado aos mendigos inválidos. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 14 – Recolhimento das órfãs destinado a abrigar as meninas que não possuísem família. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Gandelman, 2001.



Figura 15 – Casa dos Expostos destinada ao abrigo das crianças abandonadas e meninos sem família. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Gandelman, 2001.

Essa pesquisa se propôs a contribuir para os estudos de História e Arquitetura da Saúde através dos estudos de caso das três edificações referências para o controle social dos pobres no Rio de Janeiro durante o século XIX: a Santa Casa da Misericórdia, o Hospício de Pedro II e o Asilo da Mendicidade. As três edificações são, na atualidade, paradigmas no Patrimônio Arquitetônico da Saúde. O objetivo dessa dissertação foi traçar a história e a importância dessas edificações até os dias atuais e discutir o estado de conservação de seu patrimônio edificado. Os estudos das três edificações selecionadas possibilitaram as

discussões sobre os usos que a arquitetura hospitalar do século XIX pode manter nos dias atuais.

No primeiro capítulo, “A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: as reformas e adaptações no Hospital dos Pobres” foi estudado o caso da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, sua história, seu contexto social e a evolução de sua arquitetura do século XVI e a construção do novo hospital no século XIX. O hospital higienista foi construído com características neoclássicas e hoje se apresenta como um dos principais marcos da Arquitetura Hospitalar do referido século. Foram estudadas também as condições atuais do Patrimônio e seu estado de conservação atual, levantando discussões sobre o uso hospitalar na edificação tombada.

No segundo capítulo, “O Hospício De Pedro II transforma-se em Palácio Universitário: mudanças e novos usos para a Arquitetura Hospitalar do século XIX” foi estudado o caso do Hospício de Pedro II, a história e contexto social da loucura no século XIX, a história da edificação, sua arquitetura e seu funcionamento. Foram estudados também os períodos de transição e mudança de uso que transformaram a edificação em Universidade do Brasil. Esse estudo possibilitou as discussões sobre as condições da edificação tombada, seu uso atual e como ele influencia no seu estado de conservação e na sua identidade de monumento.

No terceiro capítulo, “Do Asilo da Mendicidade ao Hospital Higienista do século XX: construção, transformação e abandono do Panóptico Brasileiro” foi estudada a edificação do Asilo da Mendicidade, atual Hospital Escola São Francisco de Assis. A edificação é a que apresenta o pior estado de conservação das que foram estudadas. Nesse capítulo foram estudados o contexto social que levou a criação e construção do estabelecimento, a visão social da sociedade dos pobres, mendigos e vadios, além da história da construção da edificação panóptica e das reformas e mudanças que a edificação passou ao longo dos anos. Foi discutido também a tendência da subutilização ou abandono das edificações patrimônios, a desconstrução do seu status de monumento e seus problemas de deterioração ao longo dos anos.

As edificações estudadas, construídas nesse período da História da Arquitetura Hospitalar, se apresentam hoje como as principais edificações do Patrimônio Arquitetônico da Saúde e devem ser preservadas como memória da arquitetura e da saúde brasileira. A partir do estudo dessas edificações foi possível entender como eram os tratamentos de saúde feitos durante o século XIX; como funcionava o pensamento da sociedade a respeito dos pobres, dos doentes e dos alienados; e como a medicina era entendida pelos engenheiros e arquitetos responsáveis pelos projetos dos novos hospitais oitocentistas.

1. CAPÍTULO 1: A SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO: AS REFORMAS E ADAPTAÇÕES NO HOSPITAL DOS POBRES.

A Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia é uma instituição criada em Portugal, em 1498, para realizar obras de caridade pelo território português. A criação da irmandade se organizava a princípio em torno de 14 obras de caridade, tanto corporais, no atendimento aos doentes, quanto espirituais. O compromisso assinado pela Irmandade, em 1516, tinha como principais objetivos de suas obras:

ensinar os ignorantes, dar bom conselho, punir os transgressores, consolar os infelizes, perdoar as injúrias recebidas, suportar as deficiências do próximo, orar a Deus pelos vivos e mortos, resgatar cativos e visitar prisioneiros, tratar os doentes, vestir os nus, alimentar os famintos, dar de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e os pobres, sepultar os mortos¹⁵².

As confrarias laicas, como a Irmandade da Misericórdia, surgem no período em que a devoção da Virgem Maria como advogada dos homens, está no auge da fé da Igreja Católica. Dessa forma, o ícone principal da confraria passa a ser a Virgem da Misericórdia, como a própria encarnação da piedade¹⁵³. *“Neste momento, ela modifica seu status de protetora de certas ordens e aparece nas representações como Mater Omnia, ou seja, como protetora da cristandade”*¹⁵⁴.

A Santa Casa da Misericórdia é uma tradição Ibérica, existindo apenas em Portugal, na Espanha, e nas suas antigas colônias¹⁵⁵. Com o patrocínio e apoio da Coroa Portuguesa, a Irmandade espalhou as Santas Casas rapidamente por Portugal e tornou-se a irmandade leiga de maior poder e expressão no que concerne às obras de caridade. Para entender a necessidade dessas obras de caridade e a criação das enfermarias e abrigos para os pobres é preciso relatar que durante a Idade Média a assistência aos pobres era vista como a questão central do cristianismo. O pobre era revestido com o manto santificado, era o pobre de Deus, e o ato de abrigá-lo atribuía à instituição um caráter sagrado. O hospital

¹⁵² RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775*. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1981. p. 14.

¹⁵³ CAETANO, Joaquim Oliveira. *A Virgem da Misericórdia: uma aproximação iconográfica*. In: *Oceanos Misericórdias: cinco séculos*. Lisboa: Comissão Nacional para as comemorações dos descobrimentos portugueses, número 35, julho/setembro/1998. p. 67.

¹⁵⁴ GANDELMAN, Luciana Mendes. *Entre a Cura das Almas e o Remédio das Vidas: O Recolhimento das órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e a caridade para com as mulheres* (ca. 1739-1830). 2001. 249p. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós Graduação do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001. p.25

¹⁵⁵ FERREIRA, Félix. *A Santa Casa da Misericórdia Fluminense, fundada no século XVI: notícia histórica* (1894-1898) desde o começo do século XVII, sendo provedor o governador Martin de Sá, até o fim do século XIX, sob a provedoria do Exmo. Sr. Conselheiro Paulino Soares de Sousa. Rio de Janeiro: s.n., 1899. p. 9.

nessa época possuía um significado diferente do atual, eram espaços abertos para todos os acometidos pelas mazelas humanas¹⁵⁶. E foi esse espírito de que o cuidado com os pobres aproximava as pessoas de Deus que tornou a Coroa Portuguesa a primeira grande provedora da Irmandade da Misericórdia. Posteriormente a irmandade foi atraindo provedores fiéis à Igreja Católica que buscavam realizar doações como uma forma de aproximação divina e de salvação de suas almas.

A Misericórdia tornou-se uma marca da colonização portuguesa que, depois das conquistas territoriais, expandiu a irmandade para os territórios além-mar. Antes de 1750 já havia, além das inúmeras Misericórdias em Portugal, 11 nas ilhas de Açores e Madeira, 3 em Angola, 29 por toda a Ásia e 16 somente no Brasil¹⁵⁷.

A Misericórdia era então uma Casa na qual se articulavam as ações de caridade guiadas pelos preceitos cristãos e pelas relações do Antigo Regime. O conjunto arquitetônico da Misericórdia foi sendo construído e reconstruído aos poucos, sempre circundante à igreja, em cujo consistório os irmãos faziam suas reuniões. De lá partiam grande parte dos serviços e dos recursos oferecidos pela irmandade. Era seu cerne simbólico¹⁵⁸.

As primeiras Santas Casas da Irmandade da Misericórdia no Brasil foram criadas ainda no século XVI nas cidades de Santos (1543), em Salvador (1549), em Olinda (1539), em Vitória (1551), no Rio de Janeiro (1582) e em São Paulo (1599). As instituições se inspiravam nas ações das misericórdias, representando, do ponto de vista social, um local para o acolhimento de pessoas necessitadas¹⁵⁹. A manutenção das Santas Casas era garantida por doações e esmolas arrecadadas por comissões que seriam nomeadas especificamente para tal função e, além disso, o atendimento profissional prestado nesses estabelecimentos também era fruto de uma ação caritativa. A maioria dos médicos que assistia aos doentes não recebia pagamento por isso¹⁶⁰. Essa postura diante da assistência à saúde era muito comum em todo Brasil Colonial.

Em 1584 já existiam Santas Casas da Misericórdia em todas as capitanias do Brasil servindo de enfermarias. Estas foram edificadas e sustentadas pelos moradores da terra

¹⁵⁶ SANGULARD, 2008, p. 62.

¹⁵⁷ GUIMARÃES SÁ, I. *A circulação de crianças na Europa do sul: o caso dos expostos do Porto no século XVIII*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. 1995. p. 100.

¹⁵⁸ GANDELMAN, L. M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702001000400006>>. Acesso em: 29 de agosto de 2012. p. 615.

¹⁵⁹ IBÁÑEZ, N.; DUARTE, I. G.; DIAS, C. E. S. B. As Irmandades da Misericórdia e as políticas públicas de assistência hospitalar no Estado de São Paulo no período republicano. In: MOTT, M. L. (org.); SANGULARD, G. (org.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). Barueri: Minha Editora, 2011. p. 172.

¹⁶⁰ SILVEIRA, A. J. T.; FIGUEIREDO, B. G. A Saúde em Minas Gerais durante o século XIX. In: MARQUES, R. C. (org.); SILVEIRA, A. J. T. (org.); FIGUEIREDO, B. G. (org.). *História a saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). Barueri: Minha Editora, 2011. p.13.

que davam esmolas, casavam com as órfãs criadas pela irmandade, ajudavam na cura dos enfermos e contribuíam para todas as obras pias da instituição¹⁶¹.

Os serviços de saúde no Brasil eram quase sempre relativos às moléstias ordinárias, mas atendiam especialmente aqueles que não conseguiam arcar com os custos materiais de um tratamento. Para o tratamento das pessoas mais abastadas, o atendimento era feito no domicílio do adoentado¹⁶². Os hospitais do período colonial possuíam mais a intenção de oferecer repouso para os moribundos, os loucos e os velhos, auxiliando-os até a hora da morte, do que promover a cura e a recuperação dos doentes.

A Irmandade da Misericórdia era considerada, durante o Brasil Colônia, a principal instituição pública, não só por receber padroado régio, mas também pela organização da saúde. Nas colônias ultramarinas, as Irmandades apresentavam os mesmos padrões da metrópole, onde havia a exclusividade na prestação dos serviços caritativos¹⁶³.

A Irmandade da Misericórdia era mantida através da doação de pessoas chamadas de provedores. A Coroa Portuguesa se preocupava com a escolha dos provedores da Irmandade na Colônia, pois estes deviam ser leais a ela e se dispor a contribuir com a manutenção das obras caritativas. *“O provedor que da dita Confraria houver de ser, será homem honrado de autoridade virtuosa, de boa fama e muito humilde, paciente pelas desvairadas condições dos homens com que há de usar e praticar”*¹⁶⁴.

Os provedores eram os principais responsáveis pela sobrevivência das Santas Casas, ser provedor era o objetivo de todos que visavam à elevação do status social. Pode-se encontrar uma amostra representativa da elite local como provedor da Santa Casa. Com a crise colonial e a independência brasileira no século XIX, a Misericórdia ficou marcada como o principal instrumento para preservação dos interesses das elites regionais que incentivavam também a modernização das instituições de saúde do Brasil. *“[...] as Santas Casas, ao lado das demais instituições assistenciais terão importância vital no confinamento da pobreza e na regulação da vida urbana”*¹⁶⁵.

Nas primeiras décadas do século XVIII as atividades da Irmandade passaram por modificações que acarretaram mudanças em seu espaço. Deixou de ser apenas a encarregada dos contingentes flutuantes provenientes dos navios, para voltar-se para os habitantes de uma aglomeração urbana em rápido desenvolvimento, com problemas sociais

¹⁶¹ FAZENDA, José Vieira. *A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro* [obra rara]. Imprensa Nacional. Rio de Janeiro, 1908. p. 5.

¹⁶² SILVEIRA; FIGUEIREDO, 2011. p.13.

¹⁶³ SANGULARD, 2008, p. 64.

¹⁶⁴ SILVA, H. S. *O mais velho hospital da América*. Actas Ciba. Rio de Janeiro: Productod Químicos Ciba S.A., 1941 apud IBAÑEZ; DUARTE; DIAS, 2011, p. 172.

¹⁶⁵ ROCHA, L. A. *Caridade e poder: a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Campinas (1871-1889)* [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Unicamp, 2005. p.48.

diversos¹⁶⁶. Essa mudança decorreu da evolução da medicina e também pela preocupação da metrópole portuguesa com a “saúde dos povos”, que era uma preocupação não circunscrita à população portuguesa, estendendo-se às populações das colônias, sobretudo aos escravos¹⁶⁷.

A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro apresentava grande importância no contexto do Brasil colônia e essa importância se estendeu até os adventos da Independência, Império e República. A cidade do Rio de Janeiro foi transformada em sede da colônia em 1763. A transferência de sede de Salvador para o Rio de Janeiro ocorreu devido ao crescimento de população e riquezas na região mais ao sul da colônia¹⁶⁸. Apesar de não ser a mais antiga, a santa casa carioca ganhou mais importância com a transferência da sede, recebendo mais loterias monetárias por estar mais próxima dos poderes e governadores. A instituição tornou-se exemplo a ser seguido em outras santas casas pelo país.

1.1. A Construção da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

O primeiro hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro começou a ser construído em 1582. Foi uma das primeiras Santas Casas do Brasil e se propunha a oferecer assistência à saúde dos pobres, uma, de um conjunto de obras, que a Irmandade da Misericórdia se propunha a desenvolver.

No ano de 1582, chegaram ao porto do Rio de Janeiro dezesseis navios da Armada de Castella. Esses navios mandados por Felipe II, na época Rei da Espanha e de Portugal, partiram da Europa com o objetivo de assegurar o estreito de Magalhães de invasores. Durante a viagem, os temporais e as más condições dos navios levaram ao adoecimento muitos dos tripulantes. Ao pararem no Rio de Janeiro foi constatado que a tripulação necessitava de tratamento médico. Então, o Padre Anchieta ofereceu ajuda aos adoentados, dando-lhes remédio e abrigo. Para que pudessem ser curados vários religiosos, médicos e cirurgiões se juntaram em uma casa para atender os pacientes. Foi nessa ocasião que foi fundado o primeiro hospital da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro, que, posteriormente, começou a ser administrado pela Irmandade da Misericórdia, tornando-se a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro¹⁶⁹.

¹⁶⁶ GANDELMAN, 2001, p. 615.

¹⁶⁷ ABREU, J. L. N. *A Colônia enferma e a saúde dos povos: a medicina das 'luzes' e as informações sobre as enfermidades da América portuguesa*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3. 2007. p. 776.

¹⁶⁸ HAHNER, 1993. p. 17.

¹⁶⁹ FERREIRA, 1899. p. 87.

A Santa Casa da Misericórdia nasceu então, no largo onde estava o Colégio do Padre Anchieta, feita às pressas em uma pobre casa de taipa, coberta de sapê, em terras doadas por Gonçalo Gonçalves, português dono de muitas terras no Rio de Janeiro. A localização ficava aos pés do Morro e, posteriormente, ela seria transferida, ainda nos anos quinhentos, para uma casa de pedra e cal localizada na mesma rua, próxima à praia de Santa Luzia¹⁷⁰.

Foi então estabelecida a Santa Casa da Irmandade da Misericórdia, aos pés do Morro do Castelo, local de origem da própria cidade do Rio de Janeiro. No século XVI, a santa casa localizava-se dentro dos muros da cidade, e sua construção dava para a Praia Dom Manuel e para a Praia de Santa Luzia. Na extremidade das Praias localizavam-se a Prisão do Calabouço e o Forte de São Tiago, e no alto do Morro do Castelo situavam-se a Igreja Matriz e o colégio dos jesuítas¹⁷¹. (Figura 16)

O Hospital foi construído no referido local propositalmente. A cidade do Rio de Janeiro, inicialmente fundada junto ao Morro do Cão, foi transferida para o Morro do Castelo por esse ser um local mais protegido dentro da Baía de Guanabara. No alto do morro foram construídas a Casa de Câmara e Cadeia, a Igreja da Sé e Igreja dos Jesuítas, além dos Casarios para abrigar os portugueses ali residentes. O Hospital da Misericórdia e o Cemitério foram colocados mais afastados da cidade por razões sanitárias e higiênicas¹⁷².

A Irmandade da Misericórdia no Brasil era uma irmandade leiga, restrita a homens e se organizava através de três repartições: o Hospital da Misericórdia, o Recolhimento das órfãs e a Casa dos Expostos. Cada uma dessas repartições da irmandade tinha seu próprio corpo administrativo subordinado à Mesa diretora. A direção era composta pela figura central do Provedor, cercada pelos outros membros, um escrivão, um tesoureiro, um procurador, uma junta de irmãos conselheiros e um grupo de irmãos definidores¹⁷³.

A Irmandade da Misericórdia sobrevivia das doações caridosas de seus integrantes. A assistência à saúde no Rio de Janeiro era apenas uma das obras da referida irmandade. As doações eram baseadas no princípio cristão de ajuda aos pobres, mas elas iam além da simples fé na salvação da alma pelas boas obras. As elites locais galgavam posições sociais

¹⁷⁰ GERSON, B. *História das ruas do Rio de Janeiro*. Volume 9 da Coleção Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Souza, 3ª Ed. 1954. p.11-12.

¹⁷¹ GANDELMAN, L. *Entre a cura das almas e o remédio das vidas: o recolhimento de órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e caridade para com as mulheres* (ca 1739-1830) – Rio de Janeiro: Secretaria Municipal das Culturas, Coordenadoria de documentação e Informação Cultural, Gerência de Informação, 2008. p. 104.

¹⁷² PEREIRA, S. G. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: dois momentos cruciais da arquitetura brasileira. In: MARINHO, Natália (coord.). *A Misericórdia de Vila Real e as Misericórdias no Mundo de Expressão Portuguesa*. Vila Real: CEPESE – Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade. 2010. p. 584-585.

¹⁷³ GANDELMAN, 2008. p. 17.

e influências através das doações. Grandes quantias de dinheiro, imóveis e outros bens eram deixados à Irmandade por meio de testamentos¹⁷⁴.



Figura 16 – Planta da Cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro e suas Fortificações. Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa – Brigadeiro João Massé, 1713.

Legenda:

A - Fortaleza de São Sebastião

B - Baluarte da Fortaleza

C - Colégio

D - Misericórdia

E - Fortaleza de São Tiago

F - Cais

G - Armazém Del Rey

H - Casa da Moeda

I - Convento do Carmo

L - Casas do Governador e Alfândega

M - Convento de São Bento

N - Armazéns da Junta

O - Bateria da Prainha

P - Trapiche

Q - Fortaleza da Conceição

R - Casa do Bispo

S - Muro da Cidade [SSS]

T - Convento Santo Antônio

V - Ilha das Cobras

X - Linha Pontilhada mostra outro sítio com possível muro.

A Santa Casa da Misericórdia, que começou em uma pequena casa de pedra e cal no século XVI, foi crescendo através de diversas reformas e ampliações. Até 1734, o hospital apresentava um só pavimento superior, onde os enfermos pensionistas eram atendidos. A mesa diretora então decidiu construir um segundo pavimento superior para abrigar a Sala do Despacho. Mais tarde foram construídas novas enfermarias e a construção foi crescendo em direção a Praia de Santa Luzia. A fachada do velho hospital apresentava além do pavimento térreo, mais dois pavimentos superiores com seis janelas (ver Figura 17, Figura

¹⁷⁴ GANDELMAN, 2008. p. 58.

18 e Figura 19). O Hospital da Santa Casa da Misericórdia foi construído aos poucos, conforme a renda da Irmandade, o aumento da população e afluência de enfermos. O velho hospital não obedecia a um plano regular, era feito de prolongamentos e acréscimos (Figura 20 e Figura 21) ¹⁷⁵.



Figura 17 – Aquarela de Thomas Ender. Largo da Misericórdia e Igreja de Bonsucesso, em 1817-1818. Fonte: Ferrez, 1957.



Figura 18 – A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro contígua a Igreja da Irmandade. Fonte: Arquivo Central do IPHAN-RJ, 1938.



Figura 19 – A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro contígua a Igreja da Irmandade. Fonte: Arquivo Central do IPHAN-RJ, 1938.

A fachada do antigo hospital, contígua a fachada da primitiva igreja, possui solução típica da arquitetura civil portuguesa, predominando a horizontalidade, nenhuma ornamentação, paredes caiadas marcadas apenas pelos vãos das janelas e portas-janela e pelas molduras de pedra. Os cunhais e pilastras marcam a fachada, assim como telhado em quatro águas a vista. A construção da Igreja da Misericórdia, contígua ao prédio do hospital, foi reedificada

¹⁷⁵ FERREIRA, 1899. p. 43-44.

em 1780, recebendo as características apresentadas na Figura 17. A Igreja de Nossa Senhora do Bonsucesso contrasta a horizontalidade e linearidade da edificação do hospital. Apresenta frontão clássico com brasão no centro e frontispício delimitado por duas pilastras, nave única com coro suspenso à sua entrada, transepto da mesma largura e capela-mor quadrangular. A edificação apresenta cobertura da nave por abóboda de berço em arco abatido e o transepto por uma cúpula com lanternim¹⁷⁶.



Figura 20 – Planta Hidrográfica da famosa Baía do Rio de Janeiro [Cartográfico]. Planta da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro em 1775. Ampliação da região do Largo da Misericórdia, com destaque em verde para a edificação do Hospital da Misericórdia. Fonte: FBN Cartografia - ARC.030,02,015 (1775) adaptado pela autora.

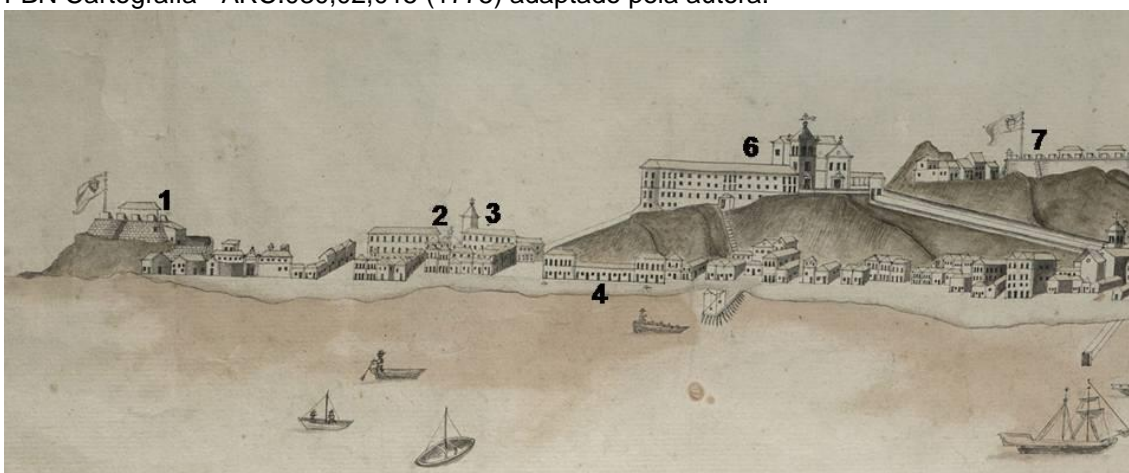


Figura 21 – Prospecto da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro em 1775. Ampliação da região do Largo da Misericórdia. Fonte: FBN Cartografia - ARC.030,02,015 (1775) adaptado pela autora.

Legenda:

1. Forte de São Tiago
2. Misericórdia

3. Hospital
4. Quartéis

6. Colégio que foi dos Jesuítas
7. Forte de São Sebastião

¹⁷⁶ PEREIRA, 2010. p. 587.

Durante muito tempo, a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro foi o único hospital da cidade. Pelo menos até o meado do século XVIII quando, enfim, as outras irmandades presentes na colônia começaram a construção dos seus próprios hospitais. Os hospitais do período colonial que realizavam o tratamento dos enfermos pobres junto à Santa Casa eram: o Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Penitência, construído em 1749-1763; o Hospital da Ordem Terceira de São Francisco de Paula, inaugurado em 1814; e o Hospital da Ordem Terceira de Nossa Senhora do Carmo, fundado em 1743 onde funcionava nos fundos da Igreja da Ordem¹⁷⁷.

A Irmandade do Rio de Janeiro dependia de seus provedores, que dispunham quantias e imóveis para que as ações de caridade fossem custeadas. As construções e ampliações da Santa Casa foram feitas com base nessas doações, além de loterias fornecidas pelos governos. A Irmandade tomou por sua conta gerir o hospital e o fazia com as doações de caridade, aumentando progressivamente as enfermarias, que já no século XVIII tratavam ambos os sexos¹⁷⁸. As enfermarias foram construídas no século XVIII, a dos homens em 1740 e a das mulheres em 1747.

A enfermaria grande dos homens se botou a primeira pedra para seu fundamento aos cinco dias do mês de dezembro de 1740 [...] e se levantou a dita enfermaria com o nome de Santíssima Trindade, Senhora do Bonsucesso, sendo provedor o Dr. Manoel Corrêa Vásquez. Os beliches fez a Santa Casa a sua custa, e os irmãos de caridade deram as cortinas e mais roupas. [...]

A enfermaria nova das mulheres se principiou no ano de 1747 sendo provedor o Mestre de Campo Mathias Coelho de Souza e se acabou no primeiro novembro do mesmo ano de 1747, dia em que entraram para ela as enfermas; a qual fez um devoto por mão de nosso irmão José Quarteiro, e acabou de beliches, [roupa] nova, e altar sem que a Casa concorresse com mais do que com algum tabuado que se achava novo da porta adentro. A [obra] nova sobre a portaria se fez de esmolas que tiraram pelos irmãos, e por esta cidade no ano de 1745 [...]. A enfermaria que novamente se fez por cima da enfermaria do açougue, deu para ela um devoto 640\$000 réis [...]

¹⁷⁹

Com o desenvolvimento da cidade do Rio de Janeiro, nos meados do século XVIII, o centro é transferido do Morro do Castelo para a várzea próximo ao Cais e ao Porto. Com a transferência dos prédios da administração colonial para o Largo do Carmo, o centro do Rio de Janeiro apresentou uma nova configuração, onde o Hospital da Santa Casa se integra a malha urbana e com isso demarca um dos limites da cidade¹⁸⁰. A nova integração com a

¹⁷⁷ PEREIRA, 2010. p. 584.

¹⁷⁸ FAZENDA, 1908. p. 5.

¹⁷⁹ ASCMRJ, Memória do tempo, em que se fizeram as novas enfermarias e quem as fez, documentos avulsos, lata 717^A, s/d. *apud* GANDELMAN, 2008, p. 129.

¹⁸⁰ PEREIRA, 2010. p. 585.

cidade trouxe também a necessidade de um ambiente mais higienizado e salubre, o que tornaria a edificação alvo de críticas durante o início do século XIX.

Como dito anteriormente, as principais obras de caridade desenvolvidas pela Irmandade no Rio de Janeiro eram o Hospital da Santa Casa, o Recolhimento das órfãs e a Casa dos Expostos. Todas essas obras aconteciam juntas no mesmo conjunto. Com o passar do tempo e o crescimento da demanda pela população carioca crescente foi preciso separar as funções em espaços arquitetônicos diferentes. Através da doação de loterias e bens, a Irmandade aumentou a sua receita e com isso conseguiu construir um local próprio para abrigar órfãs, anexado ao hospital. Para o abrigo dos Expostos, a Irmandade ganhou um prédio localizado no Largo da Misericórdia. A retirada desses serviços do prédio da Santa Casa possibilitou uma organização da instituição, que pôde dedicar o prédio do Hospital Geral apenas aos doentes.

No século XIX, a evolução da medicina criou novas necessidades nos tratamentos dos enfermos. Com isso a edificação, que foi crescendo aos poucos com reformas e ampliações não planejadas, passou a ser vista como imprópria às condições de higiene que um hospital deveria possuir. As múltiplas funções que a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro exercia no século XIX, em seu amplo conjunto arquitetônico centralizado pela Igreja da Irmandade, passaram a ser consideradas o veículo de inúmeras contaminações físicas e morais. Isso acontecia em inúmeras outras Santas Casas em todo o país, que centralizavam todos os serviços de acolhimento aos doentes, aos órfãos, aos velhos, aos loucos e inclusive realizavam sepultamentos dentro dos pátios ou nos arredores da instituição¹⁸¹.

Além do problema de múltiplos usos que a edificação da Santa Casa possuía, que foram resolvidos na primeira metade do século XIX, existiam ainda inúmeros problemas de higiene e salubridade no antigo prédio do hospital. O prédio da Santa Casa que iniciou sua construção em 1582, nos Arredores do Morro do Castelo (Figura 22), foi sendo modificado e aumentado até que no século XIX chegou à construção de três pavimentos, de pé direito baixo, com alguns ambientes localizados abaixo do nível do solo. A construção, anexa a Igreja da Misericórdia, era resultante de várias reformas e modificações ao longo dos anos. O espaço contíguo de saúde ao religioso, antes considerado normal, nos oitocentos passou a ser visto como violação moral e de saúde pública. As instalações mal acabadas e mal planejadas eram consideradas insalubres para as novas noções de higiene do século XIX e não correspondiam às descobertas do século das luzes. A edificação deveria ser modificada o quanto antes, mas para isso era preciso apoio financeiro, porém a falta de verbas era um problema recorrente para a irmandade.

¹⁸¹ GANDELMAN, 2001. p. 618.

A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, apesar de contar com toda a contribuição dos irmãos através das doações e esmolas, apresentava muitos problemas financeiros. O governo costumava oferecer loterias para complementar os gastos que a instituição possuía com suas obras de caridade. Em 1821, as loterias que a Santa Casa recebia eram divididas entre o Hospital, a Casa dos Expostos, o Seminário de São Joaquim e o Seminário Episcopal de São José¹⁸². A Irmandade era responsável por estas e outras obras de caridade e por isso era fácil encontrar documentos enviados ao governo pedindo a liberação de mais loterias, para resolver os problemas financeiros e manter as obras em andamento.

Em 1831, a Santa Casa da Misericórdia possuía como principal objetivo melhorar o exercício da medicina e esclarecer as questões numerosas a respeito da salubridade das grandes cidades e das províncias do Império. Segundo os seus estatutos, a Irmandade da Misericórdia afirmava que o Hospital sob sua direção tinha como objetivo:

[...] se ocupar de todos os objetos que podem contribuir para o progresso dos diferentes ramos das Artes de Curar; para comunicar às autoridades competentes pareceres sobre a Higiene Pública; para responder às questões do governo sobre tudo que respeita à Saúde Pública, principalmente sobre as epidemias, casos de Medicina Legal, doenças reputadas contagiosas, e possíveis de serem importadas de países estrangeiros, sobre a propagação da vacina, o exame de remédios novos e secretos [...]¹⁸³.

Apesar de demonstrar uma preocupação com a saúde pública e a salubridade das cidades, as condições físicas da Santa Casa da Misericórdia da Cidade do Rio de Janeiro, tanto externas quanto internas, eram consideradas péssimas durante o século XIX. Em 1830, a Câmara Municipal do Distrito Federal, preocupada com a saúde da cidade, resolveu que um conjunto de médicos e profissionais da área deveria visitar as prisões, cárceres de conventos e estabelecimentos de caridade para avaliar as condições de higiene e salubridade que cada edificação se encontrava. Os membros da comissão eram: João Silveira do Pilar, José Martins da Cruz Jobim, Antônio Ildefonso Gomes, João Pedro da Silva Ferraz, Antônio Ribeiro Fernandes Fortes, Gypriano José de Almeida e José Augusto César de Menezes¹⁸⁴.

O Relatório da Comissão de Visita das Prisões, Cárceres de Conventos e Estabelecimentos de Caridade, nomeada pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro, constatou que a edificação da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro não era adequada às condições de higiene e salubridade¹⁸⁵. Esses resultados seriam reforçados nos relatórios publicados

¹⁸² FBN. Divisão de Manuscritos. I-34,27,44. AGRADECIMENTOS do Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 23/05/1821.

¹⁸³ SOCIEDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO. Estatutos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. *Semanário de Saúde Pública*, n. 5, p. 25-28, janeiro de 1831. p. 25

¹⁸⁴ FERREIRA, 1899. p. 31.

¹⁸⁵ Ibid. p. 31.

anos depois. A sua localização, próxima ao mar e ao Morro do Castelo, era um dos problemas que atribuiu a edificação ao status de insalubre, como se pode observar no trecho do Relatório:

O hospital da Misericórdia, situado junto ao mar, nas fraldas de uma montanha, e exposto a toda a violência das variações e transportes do ar, que são próprios dos países marítimos, ocupa uma das posições mais insalubres desta cidade: a umidade, causa de inumeráveis moléstias, deve ser ali excessiva, por ficar o estabelecimento pouco elevado do nível do mar, porque deve receber deste um ar mais saturado de vapor aquoso, porque, finalmente, ficando junto a montanha, recebe as exalações de vapor, que esta transmite continuamente á atmosfera, além de que a experiência tem mostrado, ao menos na Europa, a respeito de todos os estabelecimentos, onde há grande ajuntamento de homens, situados em lugares expostos a uma ventilação excessiva e desigual, como são o cimo da montanha e o lugar em que se acha o hospital, por causa das variações diárias que eles são sujeitos á grande mortalidade¹⁸⁶.

A localização, próxima ao mar e aos pés do morro do castelo, era o grande problema da edificação, que segundo os membros da comissão podia até ser relevado se outras qualidades fossem encontradas na construção. Não foram encontrados pontos positivos para contrabalancear a localização desprivilegiada. A higiene e asseio eram ignorados em várias partes da santa casa, faltavam espaços para tratar e distrair os doentes. *“Tudo, enfim, se teve pouca conta na construção daquele miserável edifício, feito aos pedaços, desde o principio, à medida que o exigia o acréscimo da população.”*¹⁸⁷

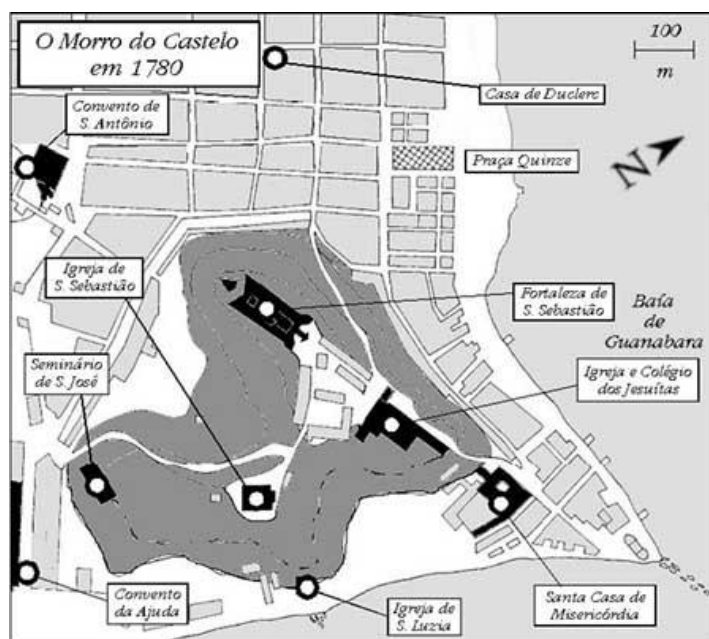


Figura 22 - Morro do Castelo em 1780, onde se pode observar a proximidade da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e sua locação na Praia de Santa Luzia. Fonte: Abreu, 1987.

¹⁸⁶ RELATÓRIO da comissão de visita das prisões, cárceres de conventos e estabelecimentos de caridade, nomeada pela câmara municipal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 1830. In: FERREIRA, 1899. p. 32-37.

¹⁸⁷ Idem. p. 32-37.

As descrições do antigo hospital denunciavam a forma desorganizada que ele foi construído, com enfermarias abaixo do nível da rua, praticamente no subsolo, falta de forros, problemas no assoalho, umidade ascendente nas paredes, entre outros problemas.

o pavimento inferior está quase ao nível do terreno circunvizinho; por isso muito úmido, quando era necessário que o assoalho tivesse alguns palmos de elevação e que por baixo pudesse circular algum ar, em algumas partes, sendo simplesmente ladrilhado, o tijolo repousa imediatamente sobre a terra e transmite toda a sua umidade [...]. Neste pavimento estão varias enfermarias: a dos doidos, a dos invalidado e duas de cirurgia. Nestas ultimas é tal a acumulação de doentes e a falta de circulação de ar que os enfermos asseguram que durante a noite lhes é penoso entrar nelas e que são obrigados a abrir as janelas, preferindo expor aqueles desgraçados a ar nocivo da noite, a deixá-los perecer abafados¹⁸⁸.

Jacques René Tenon desenvolveu um relatório sobre os Hospitais de Paris no século XVII. Sua obra *Memóires sur les Hôpitaux de Paris*, publicada em 1788, foi seguida pela comissão para avaliar os estabelecimentos de saúde brasileiros. As enfermarias existentes eram consideradas pequenas e lotadas. A primeira delas possuía comprimento de 20,12 metros de comprimento por 8,23 metros de largura e 2,75 metros de pé direito, e abrigava 28 leitos. Tenon, em seu tratado, confirmado por diversos outros autores recomendava um número máximo de 18 enfermos em uma enfermaria de 14,24 metros de comprimento por 4,38 metros de largura e 4,27 metros de altura. A primeira enfermaria da Santa Casa deveria conter apenas 9 leitos, porém já passou por casos de abrigar 40 pacientes simultaneamente. A outra enfermaria possuía 25,60 metros de comprimento por 7,32 metros de largura e 4,27 metros de pé direito e abrigava 65 doentes, 37 enfermos a mais do que deveria. Esta enfermaria além da superlotação localizava-se subterrânea ao terreno, ficando ao lado do morro e contendo janelas insuficientes¹⁸⁹.

Algumas das instalações da Santa Casa eram extremamente precárias, como a casa destinada aos inválidos, na época conhecidos como os mendigos, os velhos e os deficientes, todos aqueles que não podiam trabalhar e consequentemente não podiam se sustentar. Estes eram abrigados em um telheiro, galpão aberto dos lados, onde não havia proteção nenhuma para a chuva, ventos ou qualquer intempérie. Segundo o relatório esse ambiente não servia para a vivência ou tratamento de pessoas. As condições dos loucos eram ainda piores, eles permaneciam trancados nas enfermarias do primeiro pavimento, muitas vezes em número muito elevado. Alienados tranquilos eram misturados aos furiosos. Não havia qualquer distinção de tratamento, apenas castigos físicos no tronco, como se pode observar no trecho¹⁹⁰:

¹⁸⁸ RELATÓRIO, 1830. In: FERREIRA, 1899. p. 32-37.

¹⁸⁹ Idem.

¹⁹⁰ Idem.

Mas ainda não é tudo: no mesmo pavimento estão os doidos quase todos juntos em uma sala, a que chamam xadrez, por onde passa um cano, que conduz as imundices do hospital. Aqui vimos uma ordem de tarimbas sobre que dormem aqueles miseráveis, sem mais nada do que algum colchão podre, algum lençol e travesseiro de aspecto hediondo; também vimos um tronco, que é o único meio que há de conter os furiosos, resto desses tempos bárbaros de que a medicina se envergonha hoje, quando se procurava conter os que tinham a desgraça de perder a razão com os azorragues e toda a sorte de martírios. Há alguns quartos em que metem os mais furiosos em um tronco comum deitados no chão onde passam os dias e as noites, debatendo-se contra o tronco e o assoalho, no que se ferem todos, quando ainda não vem outro, que com eles esteja e que o maltrate horivelmente com pancadas¹⁹¹.

Os principais problemas do hospital quanto a salubridade eram a falta de aeração das enfermarias e do conjunto como um todo. Isso aconteceu pelo fato da edificação ter sido construída sem plano, com inúmeros anexos e construções sem distâncias mínimas necessárias entre si. As enfermarias e consultórios não tinham ventilação suficiente e não era capaz de conseguir a renovação de ar necessária.

Nas enfermarias de medicina encontra-se uma primeira sala, onde o ar não pode circular, porque só de um lado tem janelas abertas e no que fica em face há três que se conservam fechadas para livrar os quartos contíguos da infecção da sala. [...] Da parte da entrada não pode vir senão um ar corrompido pelas enfermarias vizinhas. Do lado oposto não há uma só janela, mas duas espécies de cavernas onde apenas penetra algum ar e luz e que servem também para gente doente. [...] A grande enfermaria, [...] lhe transmite por meio de uma grande porta de comunicação todo ar que já serviu para mais de cem doentes e que vem de novo alimentar de 30 a 50 [doentes] que estão da maneira que dissemos. Algumas janelas das que estão do lado do mar ainda se fecharam até o meio com um telheiro em que estão as catacumbas¹⁹².

O mobiliário do hospital e a disposição dele também não contribuíam para que as condições de tratamento do estabelecimento fossem satisfatórias. As camas de madeira, muitas vezes infestadas por insetos, ficavam muito próximas umas das outras, cerca de 40 a 60 centímetros. Faltavam latrinas para o uso dos doentes que pudessem caminhar. Eles faziam suas necessidades nos vasos de precisão que ficavam em nichos da parede, criando um foco de infecção para toda enfermaria¹⁹³.

Os colchões e os travesseiros, dizem que servem de doente a doente até se corrompam de todo. As camas, estando tão unidas que quase que se tocam em algumas partes, não tem cortinados, trastes desconhecidos no Hospital e que consolo para um desgraçado doente estar vendo expirar ao pé de si o pobre companheiro, com quem, há pouco, conversava¹⁹⁴!

Por fim os membros do comitê determinaram que nada no antigo hospital da Santa Casa da Misericórdia podia ser considerado salubre. Eram muitos erros que já não podiam ser

¹⁹¹ RELATÓRIO, 1830. In: FERREIRA, 1899. p. 32-37.

¹⁹² Idem.

¹⁹³ Idem.

¹⁹⁴ Idem.

cometidos em hospitais oitocentistas. A edificação insalubre não seria mais aceita em um Império que busca a modernização da sua pátria.

Nada ali vimos do que é necessário para salubridade de um bom hospital: enfermarias comprimidas, a maior parte sem serem forradas, janelas em cima muito distantes, salas sem ventilação alguma, [...] latrinas em construção tal, que infeccionaram os lugares circunvizinhos, um cano que empesta quase todo o Hospital e conduz também as imundícies do hospital militar e com tudo isso a mais um cemitério ao pé dos doentes, no qual se enterram todos os dias para cima de vinte cadáveres quase à flor da terra, por não ser possível aprofundar-se muito; com um poço que não devia servir nem para lavar roupa e que se acha em lugar que já serviu de cemitério. Demais não há água dentro do estabelecimento. Não há uma casa de banhos, não há recreio algum para os convalescentes¹⁹⁵.

Por fim, o relatório finaliza com a proposta de uma intervenção e reforma urgente no Hospital da Santa Casa, de forma que a sociedade brasileira pudesse ter um Estabelecimento que é indispensável, mas que não seja vergonhoso aos olhos dos outros países. Apesar do relatório denunciando os problemas do estabelecimento nada foi modificado até o final da década de 1830.

As grandes mudanças começaram a acontecer quando, em 1838, foi eleito para provedor da Santa Casa o Sr. José Clemente Pereira. O português, formado em direito pela Universidade de Coimbra, possuía uma grande vocação política o que concedeu a Instituição da Misericórdia grandes avanços durante a sua gestão. Nascido em 1787, Clemente Pereira entrou para a Irmandade da Misericórdia em 15 de março de 1829. Após anos participando ativamente das atividades da Irmandade, foi eleito provedor em 8 de julho de 1838 e tomou posse do cargo em 25 de julho do mesmo ano. Durante os anos que participou da Mesa Diretora da Irmandade, ele estudou as necessidades mais urgentes das obras da instituição e traçou um amplo e complexo programa de reestruturação dos serviços¹⁹⁶.

Aumentar a receita, diminuir a despesa, remover o cemitério de junto do hospital, introduzir água nos três estabelecimentos a cargo da Santa Casa, lançar a primeira pedra de nova e monumental casa hospitalar e de outra exclusivamente destinada aos alienados, melhorar a casa dos expostos e o recolhimento das órfãs e remodelar os regulamentos dos três estabelecimentos, tal foi a orientação seguida pelo ativo e vigilante provedor no início de sua benéfica administração¹⁹⁷.

Para buscar recursos junto à Assembleia Legislativa e ao Governo do Império, o provedor José Clemente Pereira escreveu um relatório apresentado em 24 de maio de 1839, mostrando um Hospital da Santa Casa com muitos problemas, que segundo ele:

¹⁹⁵ RELATÓRIO, 1830. In: FERREIRA, 1899. p. 32-37.

¹⁹⁶ FAZENDA, José Vieira. *Os provedores da Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typographia do Jornal do Comércio, 1912. p. 167-169.

¹⁹⁷ Ibid. p. 169.

cresceu com o andar dos anos, à proporção que a cidade foi crescendo em população e riqueza, recebeu o hospital aumento de patrimônio e edifício; mas infelizmente, todas as obras foram fazendo sem planos, daqui provêm que, apesar de contar mais dois séculos e meio de existência está muito longe de satisfazer as necessidades públicas e pode dizer-se que não temos Hospital que mereça esse nome¹⁹⁸.

Segundo carta redigida pelo seu provedor, José Clemente Pereira, em 1839, o Hospital encontrava-se em estado deplorável. O Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro já contava nessa época com 257 anos de existência e a sua primeira edificação foi construída aos poucos, sem planejamento. Segundo o provedor as enfermarias levantadas ao longo dos anos não foram suficientes para atender o grande número de doentes que ali buscavam tratamento.

As poucas [enfermarias] que existem acham-se construídas contra todas as regras da higiene: padecendo sobre tudo falta do ar necessário, por terem, em lugar de número suficiente de janelas bem rasgadas, como conviera, poucas e pequenas frestas: e, para mais agravar tão sensível inconveniente, estão cercadas de imenso pequenos edifícios, que a necessidade de aumentar acomodações obrigou a edificar em torno delas: E não para aqui o mal: algumas tem o seu pavimento abaixo do nível da terra; donde resultam funestos acidentes á saúde dos enfermos, principalmente nos tempos úmidos; e uma delas ameaça iminente ruína¹⁹⁹!

As condições do antigo hospital eram tão precárias que foi necessária a sua reconstrução total. As enfermarias eram insalubres e muitas vezes não separavam homens, mulheres e crianças. A enfermaria feminina, por exemplo, era considerada por José Clemente Pereira como a mais insalubre de todas, era contigua a enfermaria masculina, o que ocasionava em graves males ofensivos a moral e a saúde. Os alienados²⁰⁰, que eram tratados no prédio do Hospital da Santa Casa até a construção do Hospício Pedro II em 1852, viviam encarcerados em estreitos quartos, mas não havia tratamento apropriado para tal enfermidade. A enfermaria das alienadas era composta de pequenos cubículos, sem aberturas, privados de ar e qualquer visão do exterior.

O antigo prédio da Santa Casa Carioca não continha serviço de esgotamento sanitário ou canos de despejo dos dejetos. A retirada dos mesmos era feito por escravos, serviço pesado e de grande custeio, segundo o provedor.

Outras muitas necessidades sentem o Hospital: achando-se sobre o mar não tem canos de despejo, fazendo-se este pela alta noite á cabeça de escravos! É sem dúvida este serviço o mais pesado da casa, que nas horas de tão pestífero movimento se torna inabitável: acrescendo a excessiva despesa do seu custeio pelo grande número de braços que demanda, e o

¹⁹⁸ ZARUR, D. C. *Histórico do Hospital Geral da Santa Casa*. Rio de Janeiro: Ed. Binus, 1978. p.17.

¹⁹⁹ FBN, 1839.

²⁰⁰ Os alienados são caracterizados como aqueles a quem falta o pleno domínio das faculdades mentais. Segundo Foucault (1989) o homem moderno designou o louco como alienado, inserido num campo de alienação onde o louco deve ser banido da sociedade.

grande domo que ocasiona pelos muito serventes que invalida, como uma triste experiência tem mostrado²⁰¹!

Era necessária uma modernização urgente para que os serviços de esgoto chegassem e promovessem a salubridade e higiene necessária a um Hospital Higienista do século XIX. Para melhorar as falhas do antigo hospital, José Clemente Pereira solicitou a Academia Nacional de Medicina Brasileira que formulasse um projeto com bases higienistas para a construção de um novo hospital, além de solicitar ao Engenheiro-arquiteto Domingos Monteiro que fizesse a levantamento das atuais condições do hospital. A Planta Topográfica, levantada em 1839, serviu de base para aproveitar o quanto fosse possível da antiga construção. Mesmo com o aproveitamento de algumas partes, José Clemente Pereira temia que os recursos escassos da Irmandade impossibilitassem a finalização do novo hospital. Por isso solicitou loterias que seriam diretamente aplicadas na construção.

A vista do exposto, além de muitas outras considerações que se omitem, é evidente a necessidade do melhoramento material do hospital, criando novas enfermarias e dando-se forma regular às existentes: e com estas vistas de atual administração pediu a Imperial Academia de Medicina desta Corte que formulasse as bases higiênicas para construção de um novo hospital no lugar do existente, aproveitando-se deste tudo quanto fosse admissível, que as deu satisfatórias, encarregou um hábil Engenheiro de Levantamento da competente planta, que em poucos dias ficara concluída. Como poderá, porém a Santa Casa da Misericórdia animar-se a dar princípio à obra de tanta monta, que deveria custar centenas de contos de reis, com seus minguados recursos? [...] Em tão penáveis circunstâncias, desejando levar a efeito o projeto do melhoramento material do Hospital da Santa Casa da Misericórdia desta cidade, como exigem as necessidades públicas, para tratamento dos doentes pobres em benefício da humanidade desvalida, e até no interesse de conservação da população do País, de que tanto se carece, estando ao mesmo tempo em vista a reedificação da sua Igreja, recorrem aos Augustos e Digníssimos Senhores Representantes da Nação, e só dele esperam o favor de que a mesma Santa Casa necessita para poder dar andamento as duas referidas obras: suplicando a concessão de uma loteria anual, cujo produto seja aplicado exclusivamente para o hospital²⁰¹.

O provedor José Clemente Pereira, que atuou entre os anos de 1838 a 1854, foi o grande responsável pelas principais mudanças na Misericórdia Carioca. Uma das primeiras medidas tomadas por Clemente Pereira com relação a salubridade do Hospital foi a retirada dos sepultamentos do local. Esse costume, muito praticado nos primórdios da instituição, perdurou e durante o século XIX precisava ser revogado a qualquer custo. A existência do cemitério nas proximidades do hospital era vista como uma calamidade pública. Nos anos de 1838-1839 foram sepultados ali 3.194 cadáveres, sendo que nesta década, haviam sido sepultados mais de 22 mil corpos²⁰². O cemitério foi fechado em 1º de novembro de 1840,

²⁰¹ FBN, 1839.

²⁰² FAZENDA, 1912, p. 170-171.

transferindo-se para a Ponta do Calafate, no bairro do Caju, então o Provedor mandou fechar os túmulos no Hospital.

Com os sepultamentos retirados da edificação do Hospital, faltava ainda encontrar novos lugares para abrigar os alienados, as órfãs e os expostos e reformar a Igreja da Irmandade. Quanto ao tratamento dos loucos, foi discutida a possibilidade da criação de um hospital próprio para os alienados que seria administrado pela Santa Casa. O Hospício Pedro II, que levou esse nome por receber contribuições diretas do imperador, que aqui se figurava como provedor principal, foi inaugurado em 1852, retirando os alienados do prédio da Santa Casa. Para as órfãs e os expostos foram encontrados novos prédios no Largo da Misericórdia. O teto da Igreja da Misericórdia ameaçava ruína devido a problemas estruturais, foi considerada a demolição para a construção de uma nova igreja. Ideia recusada pelo provedor que iniciou as obras para conserto do telhado do templo. A obra durou nove meses e permanece hoje como o marco da religião católica na Irmandade da Misericórdia²⁰³.

No entanto, a grande mudança no cenário da saúde nacional aconteceu com a edificação do Hospital Geral da Santa Casa Carioca. Estimulada pelo provedor, a reconstrução total do hospital e o projeto dos espaços ficou sob-responsabilidade da Academia Imperial de Medicina e de uma comissão de engenheiros escolhida pela Irmandade. Concedida as loterias solicitadas pelo Provedor José Clemente Pereira, em 1839, a Academia Imperial de Medicina montou uma comissão para elaborar o plano para o novo prédio, que seguiria totalmente as noções de higiene defendidas na época. Fazia parte da comissão os doutores: Thomaz Gomes dos Santos, Octaviano Maria da Rosa, José Martins da Cruz Jobim e Luiz Vicente de Simoni. Dentre os citados, Jobim e De Simoni eram médicos da instituição e Gomes dos Santos era professor na faculdade de medicina, o que atribuiu a eles o conhecimento técnico necessário para definir as diretrizes para a reconstrução do hospital que marcaria a arquitetura hospitalar do século XIX no Brasil²⁰⁴.

1.2. Reconstrução e modernização do Hospital da Santa Casa.

Durante o século XIX, período da construção do novo hospital da Santa Casa da Misericórdia, havia uma grande influência da cultura francesa e se estimulava a ruptura com a arte colonial. A preferência ao neoclássico foi trazida ao Brasil pela Missão Francesa, em 1816, a convite de Dom João VI. Chegaram ao Brasil grandes nomes como o arquiteto

²⁰³ FAZENDA, 1912, p. 170.

²⁰⁴ ANDRADE, Inês El-Jaick; PIMENTA, Tânia Salgado. Inventário: Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. In: PORTO, A. (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, mídia digital, 2008. p. 3.

Grandjean de Montigny, o pintor Debret, o escultor Taunay, entre outros grandes artistas europeus²⁰⁵.

Dentre os artistas, Grandjean de Montigny foi o que mais influenciou a adoção do estilo neoclássico na arquitetura brasileira. O arquiteto foi pioneiro no ensino da arquitetura no país e projetou prédios importantes como a Escola de Belas Artes, a Casa França Brasil, o Museu Nacional, o Palácio Imperial, entre outras obras²⁰⁶. Na primeira metade do século XIX, no Rio de Janeiro, e em algumas outras partes do Brasil, predominava-se o estilo neoclássico na arquitetura onde eram seguidos o Tratado da Escola de Palladio e o Tratado da Escola de Vignola.

Andrea Palladio escreveu seu tratado de arquitetura, *I Quattro Libri dell'architettura*, em 1570, onde ele se utiliza da noção de beleza baseada nas leis da matemática e das noções de simetria. Influenciado por Alberti e por Vitruvius, Palladio buscou formar e definir a beleza, utilizando de relações matemáticas de proporcionalidade para a concepção de seus projetos. No primeiro livro de seu tratado ele define as cinco ordens de colunas arquitetônicas, a Toscana, a Dórica, a Jônica, a Coríntia e a Compósita. Para Palladio, a Toscana é a mais genuína e simples de todas e a Compósita é a idealização dos romanos da combinação entre modelos Jônicos e Coríntios²⁰⁷.

O tratado escrito por Giacomo Barozzi de Vignola em 1562, intitulado *Regole delle cinque ordini d'architettura*, também definiu as cinco ordens arquitetônicas para colunas, a Toscana, a Dórica, a Jônica, a Coríntia e a Compósita. Para Vignola, a ordem Toscana também era a mais robusta e simples e deveria ser utilizadas em edificações com esse caráter. As outras ordens, por serem mais delicadas, deveriam ser empregadas sobre as colunas Toscanas ou Dóricas, consideradas mais robustas ou ocupar as partes do edifício que deveriam ser mais ornamentadas²⁰⁸.

Este tratado foi muito utilizado no Brasil e foi adaptado para se tornar o manual dos construtores, dos engenheiros, dos arquitetos, entre outros profissionais da construção. A principal lei defendida por Vignola era a Lei da Simetria, que para ele era essencial em grandes edificações de uso público. Além disso, Vignola defendia a utilização de ornatos e decorações com simplicidade e harmonia, pois o excesso não caberia a um bom projeto, e todos os ornamentos utilizados deveriam ter sempre uma razão de existir na edificação²⁰⁹.

²⁰⁵ ZARUR, 1978. p. 45.

²⁰⁶ Idem.

²⁰⁷ MIZOGUCHI, Ivan; MACHADO, Nara Helena N. (org.) *Palladio e o Neoclassicismo*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 28.

²⁰⁸ VIGNOLA, Giacomo Barozzi. *Regras das cinco ordens da arquitetura*. Lisboa: 1787. p. 61.

²⁰⁹ PEIXOTO, Gustavo. *Tratados Brasileiros de Arquitetura no Século XIX*. In: MIZOGUCHI; MACHADO, 2006. p. 180.

Vários arquitetos atuantes no Neoclassicismo Brasileiro oitocentista seguiam as referidas escolas de Palladio ou Vignola. O famoso arquiteto Grandjean de Montigny foi influenciado pelos arquitetos franceses Percier e Fontaine, quanto à representação e desenho de seus projetos e por Palladio, quanto à composição arquitetônica. Em seus inúmeros projetos de edifícios predominava o corpo dominante da composição com colunata ou com arcada e grande maioria era encimada por um frontão clássico²¹⁰. O aluno de Montigny, José Maria Jacinto Rebelo, considerado seu discípulo, foi responsável por construções como o Palácio do Itamaraty e o Palácio Imperial de Petrópolis, esse último projetado em conjunto com outro arquiteto discípulo de Montigny, Joaquim Cândido Guilhobel²¹¹.

O engenheiro-arquiteto José Domingos Monteiro, integrante do Corpo dos Engenheiros do Exército e arquiteto da Casa Real e posteriormente da Casa Imperial, era seguidor da escola de Vignola. O português seguiu durante grande parte da sua vida o estilo da arquitetura civil portuguesa, mas com o advento da arquitetura neoclássica imperial, ele foi impelido a adotar o estilo quando já tinha mais de 45 anos²¹².

Nos princípios dos anos 1840, o classicismo imperial era já a linguagem preferida pela maioria dos projetistas encarregados de conceber prédios públicos importantes nas três maiores cidades do Império brasileiro: Rio de Janeiro, Salvador e Recife. Aderiram a ele até mesmo profissionais maduros, acostumados a projetar em consonância com os modelos dominantes nas duas décadas anteriores²¹³.

No segundo quartel do século XIX, podemos observar que a modernização da sociedade brasileira está presente em diversos segmentos. Na saúde, na arquitetura, nas artes. A reconstrução do hospital e a modernização dos estabelecimentos de saúde eram necessárias. Para expressar ainda mais os ideais modernos, grande parte dos hospitais construídos nessa época seguiu os princípios arquitetônicos do classicismo imperial, como é possível perceber no projeto de construção do novo Hospital da Santa Casa da Misericórdia.

Como dito anteriormente, Clemente Pereira, o grande provedor, foi o grande responsável pelas mudanças na instituição e nas edificações da Misericórdia. O antigo hospital não estava mais adequado as condições sanitárias vigentes, suas enfermarias abaixo do nível da rua, sem luz e ventilação, eram condenadas pelos médicos brasileiros. O Hospital não possuía nem água encanada, nem esgoto, além de se localizar muito próximo ao cemitério, retirado dos arredores do hospital somente em 1840²¹⁴. O Hospital necessitava de uma reforma audaciosa ou, como dizem alguns teóricos, uma total reconstrução.

²¹⁰ PEIXOTO, 2006. p. 102.

²¹¹ ZARUR, 1978. p. 45.

²¹² SOUSA, A. *A Variante Portuguesa do Classicismo Imperial Brasileiro*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2007. p. 27.

²¹³ Ibid. p. 27

²¹⁴ GERSON, 1954. p.98.

O Novo Hospital seria construído, então, diante da Praia de Santa Luzia, nas terras que anteriormente pertenceram ao cemitério da misericórdia. O provedor entregou o projeto primeiramente ao engenheiro-arquiteto português Domingo Monteiro, que criou o plano do imponente edifício que satisfazia as regras de higiene e salubridade da época. O projeto original foi inspirado, em linhas gerais, nos hospitais franceses como Lariboissière e nos hospitais portugueses, como o Hospital da Misericórdia do Porto²¹⁵. Domingos Monteiro, pertencia à escola da Vignola e era conhecido como concorrente de Grandjean de Montigny. A Santa Casa da Misericórdia de Domingos Monteiro construída entre 1840 e 1852 foi considerada como uma composição essencialmente clássica, inspirada em Vignola²¹⁶. Posteriormente, algumas partes do projeto da edificação foram designadas a outros engenheiros-arquitetos. Joaquim Cândido Guilhobel participou do projeto da Capela e de algumas outras partes do edifício. Este juntamente com José Maria Jacinto Rebelo foram responsáveis pelas mudanças na edificação original com a construção de mais um pavilhão que redefiniu a fachada do hospital.

Dos três engenheiros-arquitetos, apenas Guilhobel e Jacinto Rebelo tiveram uma ligação com a Academia Imperial de Belas Artes, o primeiro como aluno extraordinário e o segundo como aluno regular. Ambos tiveram Grandjean de Montigny como mestre e trabalharam pro Corpo de Engenheiros do Exército. As características da formação profissional desses engenheiros-arquitetos podem ser constatadas na planta da Santa Casa, pois esta segue *“padrões de racionalidade e simplicidade, que sempre caracterizaram a engenharia militar”*²¹⁷. A pedra fundamental do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro foi lançada em 2 de julho de 1840. A construção apoiada pela Academia Imperial de Medicina, e pelo próprio imperador-menino, foi construída em duas etapas de 1840 a 1852 e de 1852 a 1865. A segunda etapa da construção foi responsável por diversas mudanças estéticas no conjunto edificado, atribuídas aos engenheiros-arquitetos Jacinto Rebelo e Guilhobel.

A primeira etapa da construção, projeto de Domingos Monteiro, foi a edificação do hospital propriamente dito, atendendo ao programa definido pela Academia Imperial de Medicina. O prédio era formado por dois blocos contíguos em quadra unidos por um corpo central e um bloco posterior paralelo a fachada (Figura 23). Os blocos ou pavilhões são simétricos e possuem o eixo de simetria central. Os pátios entre os pavilhões foram ajardinados e atribuíram aeração e insolação suficiente nas enfermarias. Os blocos contíguos abrigavam as salas, consultórios e enfermarias. Já o corpo posterior abrigava os serviços, como

²¹⁵ FERNANDES, C. V. N. A Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e sua importância no contexto luso-brasileiro. In: MARINHO, N. (coord.). *A Misericórdia de Vila Real e as Misericórdias no Mundo de Expressão Portuguesa*. Vila Real: CEPESE – Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade. 2010. p. 183

²¹⁶ ZARUR, 1978. p. 265.

²¹⁷ PEREIRA, 2010. p. 583.

cozinha e rouparia. Grande parte do conjunto apresenta apenas dois pavimentos, com exceção das quatro extremidades da construção em formato quadrangular e no centro da fachada, onde localiza-se a capela²¹⁸. (Figura 24)

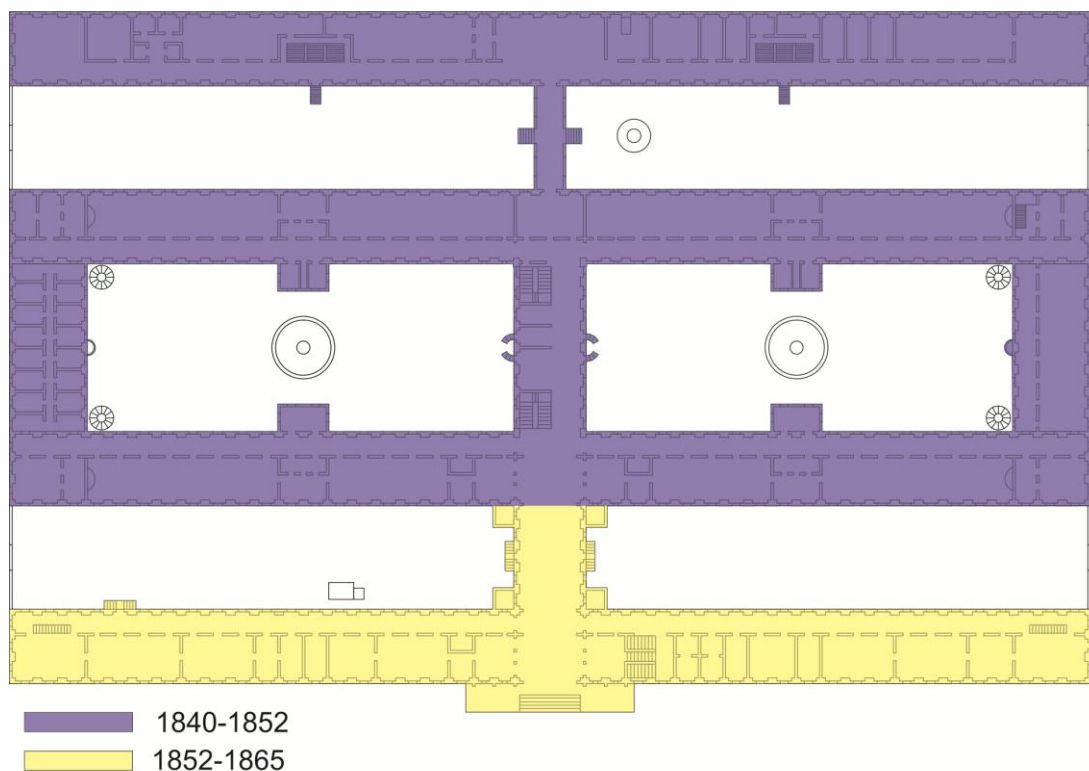


Figura 23 – Planta da Santa Casa da Misericórdia representando a data de construção de cada bloco de seu conjunto arquitetônico. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1938, adaptado pela Autora, 2014 [Desenho de Fernanda Trindade].



Figura 24 – Novo Hospital da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro, construído entre 1840 e 1852, litografia de Pieter G. Bertichem. Fonte: FBN Iconografia Icon393044 - O Brasil Pitoresco e Monumental, 1856.

A fachada do Hospital da Santa Casa da Misericórdia, construída durante a primeira fase de 1840 a 1852, possui um rigor simétrico e geométrico. A sua horizontalidade é marcada pelas

²¹⁸ PEREIRA, 2010, p. 589.

divisões rigorosas entre os pavimentos e as longas cornijas com platibanda, que escondem a cobertura de telhado cerâmico. Na fachada destaca-se, no centro, a cúpula da Capela e, nas extremidades, as torres mais elevadas. Além disso, há frontões triangulares dispostos no meio das alas da edificação. O tratamento estético permanece com plano de paredes claras, marcados por pilastras, cunhais e molduras de janelas e portas, de forma que todos os elementos são trabalhados simetricamente. Nota-se que apesar do tratamento e aplicação do estilo classicista imperial ou neoclassicismo brasileiro, a planta possui uma grande simplicidade formal, seguindo a tradição de engenharia militar portuguesa.

A Capela do Sacramento ou Capela do Imperador, que aparece no centro da fachada principal, foi projetada pelo engenheiro-arquiteto Joaquim Cândido Guilhobel e possui uma planta circular coberta com uma cúpula e zimbório, que sobressaem no conjunto original. A capela apresenta três vãos de acesso, que são equidistantes do altar, sendo que a porta principal está localizada em frente ao altar. A ornamentação é toda feita em branco e dourado, contendo oito pilastras com capitel coríntio e fuste estriado. A cornija possui ornatos florais, assim como o lustre central. A cúpula em caixotões da Capela foi projetada para ser rica em ornamentações, decorada com estuque e escalonada, arrematada por uma lanterna, também decorada em estuque²¹⁹. No interior da Capela a talha dourada foi toda decorada pelo artista Antônio de Pádua e Castro, membro da Academia Imperial de Belas Artes²²⁰. (Figura 25, Figura 26 e Figura 27)



Figura 25 – Porta de Entrada da Capela do Sacramento possui motivos florais e encimados por rocalhas e folhas de acanto. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.



Figura 26 – Detalhe da Cúpula e do lanternim da Capela. A talha dourada foi feita pelo artista Antônio de Pádua e Castro. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.



Figura 27 – Altar da Capela com pintura com tema da Última Ceia de Manuel de Araújo. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.

²¹⁹ PEREIRA, 2010. p. 589.

²²⁰ FERNANDES, 2010. p. 183.

De aparência muito austera, este edifício de mais de 150 metros de extensão tinha em cada um dos seus quatro cantos um torreão de três pavimentos. Além dos torreões extremos, movimentavam sua extensa fachada principal um outro, central (sobre o qual foi erguida uma cúpula), e dois tramos intermediários encimados por um frontão triangular²²¹.

A edificação foi inaugurada em espaçoso terreno na Rua de Santa Luzia, antigo terreno ocupado pelo Cemitério da Misericórdia. Agora o novo hospital era afastado do cemitério e da convivência com os loucos. A inauguração de 1852 foi celebrada no dia de Santa Isabel, em 04 de julho, porém a edificação de saúde que antes existia contígua a Igreja de Nossa Senhora do Bonsucesso, agora dava costas para a Igreja da Irmandade²²². Esse fato marcou a transição da Santa Casa da Misericórdia como hospital religioso para o hospital higienista moderno do século XIX (Figura 28).

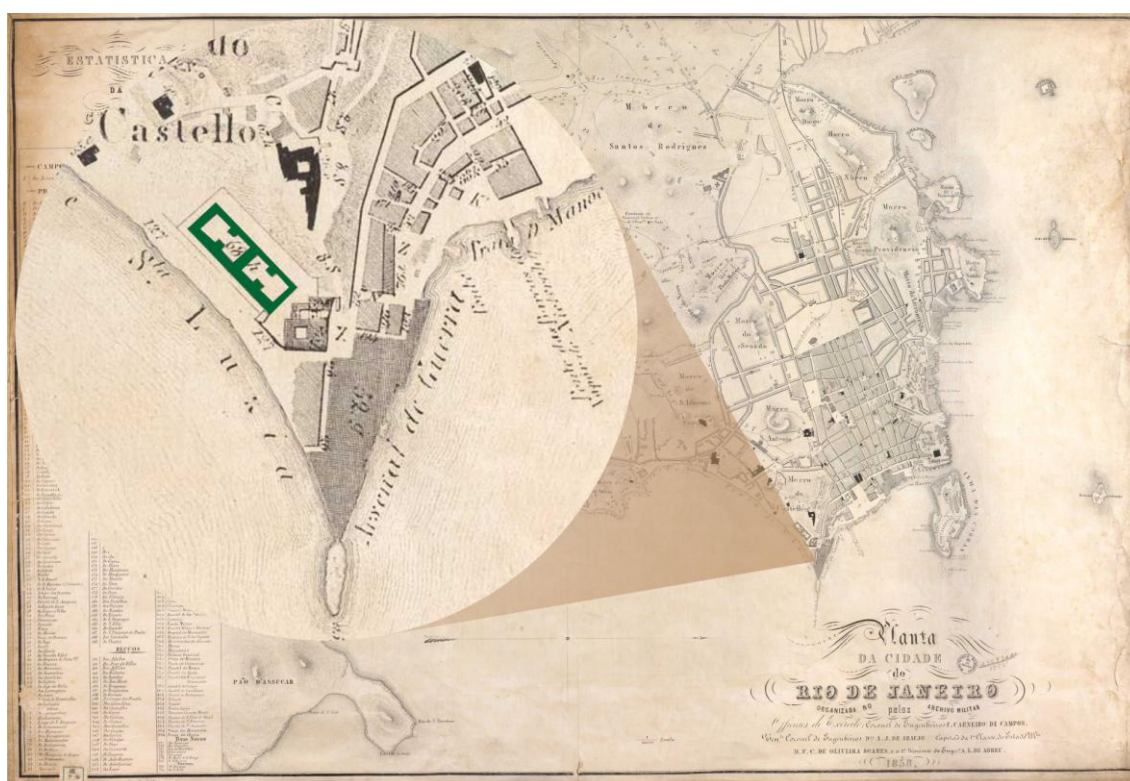


Figura 28 – Planta da cidade do Rio de Janeiro organizada do Arquivo militar pelos oficiais em 1858. Ampliação da região do Largo da Misericórdia, com destaque em verde para a nova edificação do Hospital da Misericórdia. Fonte: FBN Cartografia - ARC.005,08,001 (1858) adaptado pela autora.

O primitivo plano de Domingos Monteiro foi ampliado e modificado pelo engenheiro-arquiteto José Maria Jacinto Rebelo, sucessor do antigo engenheiro. Este iniciou a segunda fase da construção do Novo Hospital da Santa Casa da Misericórdia, que ocorreu entre 1852 e 1865, correspondente a um bloco posicionado na frente da fachada principal. Essa

²²¹ SOUSA, 2007, p. 27.

²²² GANDELMAN, 2001, p. 620.

intervenção foi motivada pela vontade de aumentar os espaços do hospital e também para melhorar o aspecto monumental da fachada²²³.

O plano de Domingos Monteiro era considerado simples demais e deveria ser trabalhado para tornar-se um marco da cidade do Rio de Janeiro. A nova solução adotada por Jacinto Rebelo conserva os traços da simetria e horizontalidade do plano original de Domingos Monteiro, mas procura marcar o corpo central da edificação com o avanço de um pórtico e frontão em pedra, acima da cornija com platibanda. A presença da pedra no corpo central atribui à edificação um caráter unitário ao conjunto, um tratamento formal mais erudito, seguindo as regras do neoclassicismo (Figura 29). O corpo central, nova entrada da edificação, apresenta três portas largas e duas janelas de cada lado, separados por colunas de pedra. Há ainda um átrio em pedra de cantaria, fechada com balaustrada de mármore e o acesso é feito por escada de pedra. No segundo superior, as colunas continuam seguindo os mesmo módulos do pavimento inferior. Entre essas colunas estão localizadas oito portas-janela, fechadas com balaustrada de mármore²²⁴ (Figura 30 e Figura 31).



Figura 29 - Foto da Fachada principal onde também se pode observar a grande extensão da edificação e sua simetria. Fotografia: Paulo Paes (2013) Fonte: SCMRJ, 2014.

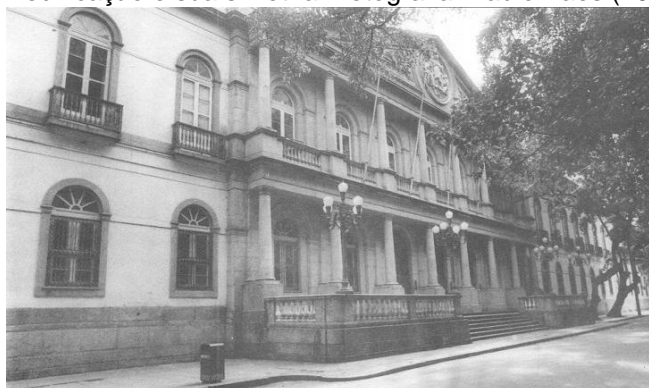


Figura 30 – Frontão que marca a entrada da fachada principal, construído por Luís Giudice. Fotografia: Desconhecido. Fonte: SCMRJ, 2014.



Figura 31 – Destaque para o frontispício em estilo neoclássico. Fotografia: Desconhecido. Fonte: SCMRJ, 2014.

²²³ PEREIRA, 2010, p. 590.

²²⁴ Ibid. p. 591.

O corpo central da nova fachada é arrematado por um frontão reto que compõe o frontispício de autoria do português Luis Giudice. Feito em pedras de Liz trazidas de Lisboa, elas foram esculpidas e trabalhadas para atribuir beleza e monumentalidade à edificação. As pedras foram esculpidas em ornamentos com significados específicos. O medalhão redondo, localizado ao centro do frontão, representa a Alegoria à Misericórdia. Ao lado do medalhão foram dispostos figuras e ornamentos talhados em pedra para representar a Medicina e a Religião. Há também no frontão ornamentos que representam alegorias às armas do Brasil²²⁵ (Figura 32, Figura 33, Figura 34 e Figura 35). O frontispício ficou pronto em 1868, quando foi colocado na edificação sob direção do engenheiro-arquiteto Francisco Joaquim Bethencourt da Silva. Os elementos que integram os baixos relevos laterais do frontão também ornam o teto do Salão Nobre. Os ornatos do frontão de pedra mármore foram feitos em Lisboa e custaram 24 contos de réis²²⁶.



Figura 32 – Detalhe do Frontão Reto em pedra de Liz projetado por Luiz Giudice e instalado na edificação da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro em 1868. Fotografia: Luiz Eugênio Teixeira Leite (2013). Fonte: Leite, 2013.



Figura 33 – Medalhão localizado no centro do Frontão. Este representa a Alegoria à Misericórdia. Fotografia: Luiz Eugênio Teixeira Leite (2013). Fonte: Leite, 2013.



Figura 34 – Figuras e ornatos dispostos ao lado direito do Medalhão, representando a Religião Católica. Fotografia: Luiz Eugênio Teixeira Leite (2013). Fonte: Leite, 2013.



Figura 35 – Figuras e ornatos dispostos ao lado esquerdo do Medalhão, representando a Medicina e a Ciência. Fotografia: Luiz Eugênio Teixeira Leite (2013). Fonte: Leite, 2013.

²²⁵ FERNANDES, 2010. p. 183.

²²⁶ ZARUR, D. C. *Santa Casa de Misericórdia, Rio de Janeiro – Colônia, Império e República*. Rio de Janeiro. 1995. p. 46.

O conjunto total do novo Hospital da Santa Casa da Misericórdia teve, na parte final de sua construção, o engenheiro-arquiteto Francisco Joaquim Bittencourt da Silva como coordenador da obra, montando todo o conjunto criado pelos engenheiros Domingos Monteiro e Jacinto Rebelo, unindo também os trabalhos dos demais artistas. O provedor entregou os trabalhos de pintura e escultura, inclusive o teto do salão nobre todo trabalhado em estuque, a um grupo de artistas que não seguia a principal escola de arte da época, a escola de Montigny. Esses artistas eram: Antônio de Pádua Castro, que fez os florões; Francisco Alves Nogueira e J. Salgueiro, responsável pelo estuque; Gaspar José Monteiro, que ficou a cargo da escadaria de mármore do vestibulo; e Frederico Stenkel que ficou a cargo da pintura.²²⁷

No vestibulo da edificação localizavam-se as estátuas dos grandes nomes da Misericórdia, a estátua do Frei Miguel Cotreiras e a estátua do Padre José de Anchieta (Figura 36). O primeiro era fundador da Misericórdia de Lisboa e o segundo era fundador da Misericórdia Carioca. Ambas as estátuas foram esculpidas por Fernando Pettrich²²⁸. Além da Capela do Sacramento, já descrita anteriormente, outras salas do novo hospital receberam decoração especial. O Salão dos Benfeitores possuía uma decoração simples, mas imponente, com quadros e retratos dos benfeitores da Irmandade dispostos na parede do salão (Figura 37). O Salão Nobre foi muito bem decorado por Francisco Chaves Pinheiro, o teto foi feito de estuque e foram dispostos inúmeros bens móveis no ambiente, são colunas que sustentam doze bustos que representam cada apóstolo e a Estátua de Dom Pedro II, localizada no fundo do salão. A estátua de Dom Pedro II, localizada no Salão Nobre, foi feita pelo escultor Chaves Pinheiro. Há ainda o Gabinete da Imperatriz, decorado em talha pelo professor da Academia Imperial de Belas Artes, Antônio de Pádua e Castro²²⁹. Ainda no mesmo Salão foi feito um altar que teve a construção iniciada em 1870 por João Vieira. O altar foi construído todo em cedro e as paredes foram feitas de materiais parecidos com mármore. O teto foi entregue em 2 de julho de 1873 e foi todo trabalhado com elementos em alto relevo, e custou um conto e seiscentos mil réis (1:600\$000)²³⁰. (Figura 38 e Figura 39).

A edificação, apesar de ter sido construída em duas etapas, apresenta uma unidade arquitetônica concisa onde é quase imperceptível notar as separações e diferenciações entre os pavilhões. Durante a segunda fase da construção entre 1852 a 1865 não houve qualquer alteração nos blocos já construídos, o que aconteceu foi apenas um acréscimo de mais um bloco, simétrico ao posterior, que a partir da inauguração se configuraria como a

²²⁷ ZARUR, 1995. p. 45.

²²⁸ FERNANDES, 2010. p. 183.

²²⁹ Ibid. p. 183

²³⁰ Ibid. p. 183.

nova fachada do Hospital da Misericórdia²³¹. A edificação de grandes proporções foi construída com linhas neoclássicas, planta quadrangular e quatro pavilhões interligados por corredores que cortam todo o edifício. Há vários pátios internos ajardinados e corredores abertos revestidos na parte inferior por azulejos, sendo a parte superior composta de aberturas em arco pleno com guarda-corpo de ferro²³². A planta finalizada em 1865 apresenta um novo pavilhão paralelo aos pavilhões primitivos, divididos entre si por pátios ajardinados (ver Figura 40 e Figura 41). O vestibulo de entrada possui a largura da entrada principal e conta com escada de mármore com balaustrada para dar acesso as salas administrativas e o Salão Nobre no piso superior²³³.



Figura 36 – Estátua de Anchieta, por Fernando Pettrich. Fotografia: Zarur (1999). Fonte: Zarur, 1999.



Figura 37 – Quadros com os Benfeitores e Provedores da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, localizado no Salão dos Benfeitores. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.



Figura 38 – Estuque do teto do Salão Nobre feito por Francisco Chaves Pinheiro. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.



Figura 39 – Salão Nobre. Toda a decoração e ornamentação do ambiente foi obra de Francisco Chaves Pinheiro. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Alma Carioca, 2014.

²³¹ PEREIRA, 2010. p. 591.

²³² FERNANDES, 2010. p. 183.

²³³ PEREIRA, 2010, p. 591.

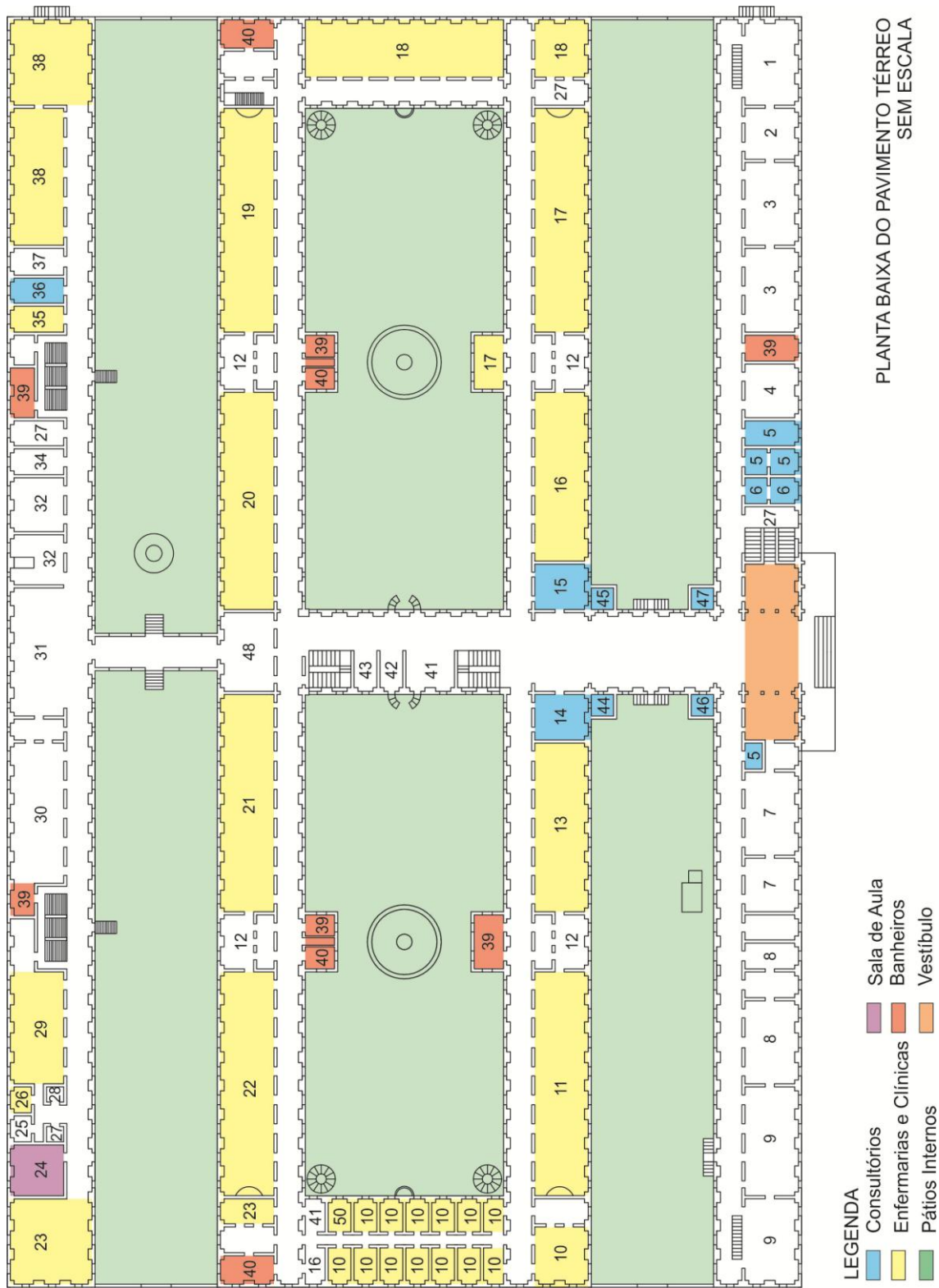


Figura 40 – Planta do Hospital da Santa Casa da Misericórdia – Pavimento Térreo. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1938, adaptação da Autora, 2014. [Desenho de Fernanda Trindade].

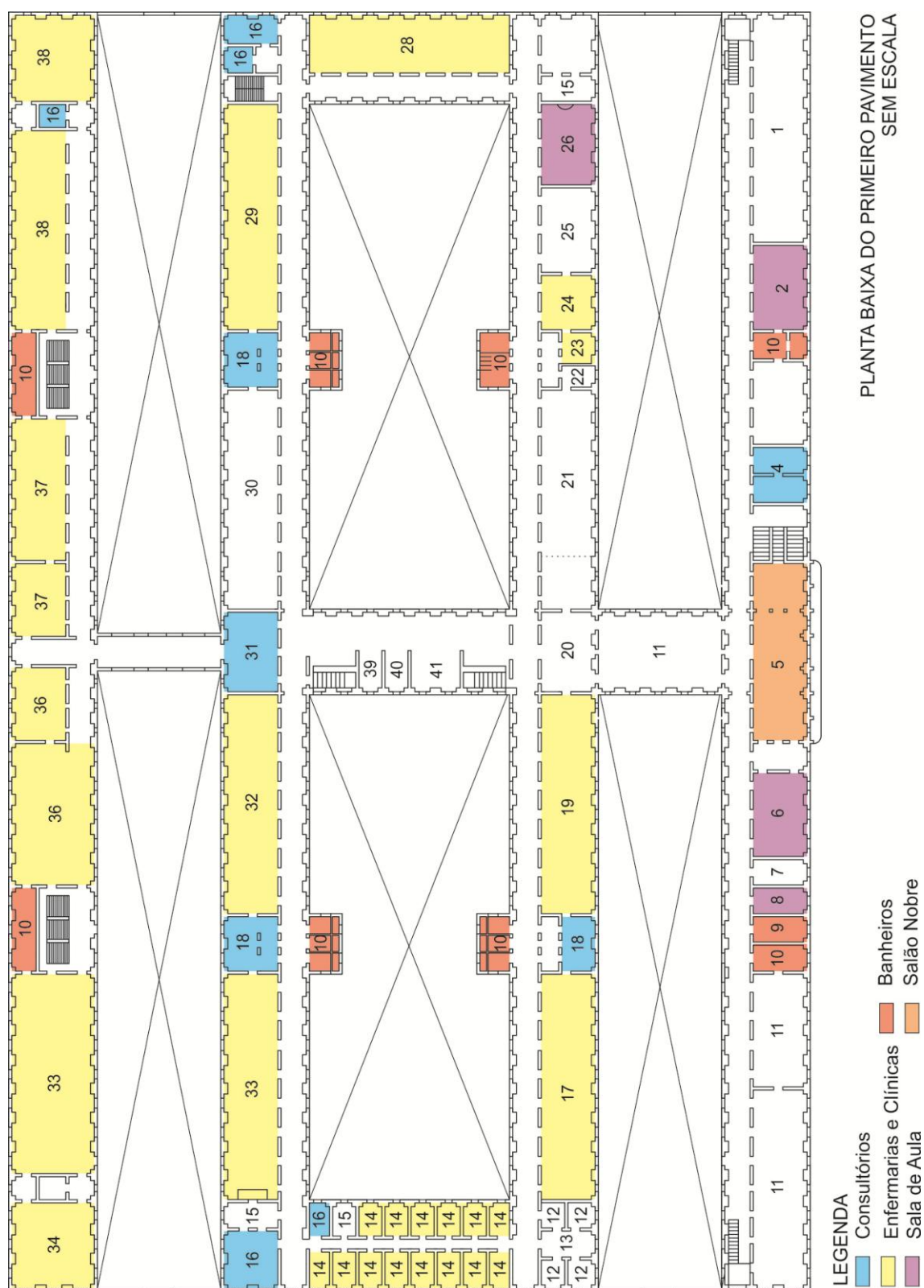


Figura 41 – Planta do Hospital da Santa Casa da Misericórdia – Primeiro Pavimento. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1938, adaptação da Autora, 2014. [Desenho de Fernanda Trindade].

Legenda da Planta do Pavimento Térreo da Santa Casa da Misericórdia. (Figura 40)

1. Illegível	18. Clínica homeopática	35. Quarto para insanos
2. Sala da provedoria	19. Clínica médica	36. Sala de operações
3. Secretaria	20. Clínica médica	37. Refeitório das crianças
4. Diretoria do hospital	21. Clínica médica	38. Enfermaria das crianças
5. Consultório homeopático	22. Clínica médica	39. Latrinas
6. Consultório dentário	23. Enfermaria	40. Banheiro
7. Farmácia	24. Sala de aula	41. Despensa
8. Drogaria	25. Quarto do doutor	42. Sanatório
9. Rouparia	26. Quarto dos curativos	43. Arrecadação
10. Clínica oftalmológica	27. Depósito	44. Consultório (Mulheres)
11. Clínica cirúrgica	28. Quarto de empregados	45. Consultório dos homens
12. Aposento do doutor	29. Enfermaria	46. Consultório das crianças
13. Clínica cirúrgica	30. Refeitório	47. C. clínica oftalmológica
14. Consultório	31. Cozinha	48. Vestíbulo
15. Consultório	32. Caixa d'água quente	49. Gabinete - Irmã porteira
16. Clínica médica	33. Açougue	50. Capela
17. Clínica médica	34. Quarto do café	51. Gás

Legenda da Planta do Primeiro Pavimento da Santa Casa da Misericórdia. (Figura 41)

1. Arquivo	14. Quartos particulares	28. Enf. São Camilo
2. Sala dos leitores	15. Copa	29. Clínica cirúrgica
3. Gabinete Anatomopatológico	16. Sala das operações	30. Clínica cirúrgica
4. Gabinete eletro-terápico	17. Clínica cirúrgica	31. Sala das operações
5. Salão de honra	18. Sala do médico	32. Clínica cirúrgica
6. Sala da comunidade	19. Clínica cirúrgica	33. Clínica cirúrgica
7. Quarto particular	20. Capela	34. Clínica oftalmológica
8. Biblioteca	21. Depósito da Capela	35. Clínica médica
9. Banheiro	22. Quarto do padre	36. Clínica médica
10. Latrinas	23. Enf. das irmãs	37. Clínica
11. Dormitórios das irmãs	24. Enf. das irmãs	38. Clínica
12. Quarto dos médicos	25. Meninos órfãos	39. Patologia
13. Refeitório dos médicos	26. Colégio dos meninos	40. Dormitório das irmãs
	27. Refeitório (meninos)	41. Arsenal cirúrgico

O vestíbulo da Santa Casa da Misericórdia, parte da edificação construída por Jacinto Rebelo e entregue em 1868, foi concebida para dar acesso às alas esquerda e direita do pavimento térreo do primeiro bloco. Na ala esquerda foram dispostos os serviços de atendimento direto ao público, como consultórios dentários, farmácia e drogaria. A ala direita abrigava a área administrativa do hospital, com as salas de administração e gabinete do provedor. Avançando pela edificação, ainda no primeiro pavimento, encontravam-se as primeiras enfermarias e clínicas homeopáticas. Essas clínicas e enfermarias foram instaladas em grandes ambientes, com grande quantidade de ventilação e insolação, voltadas para os pátios internos ajardinados. Próximo as enfermarias foram dispostos os sanitários, latrinas e banhos, para uso dos doentes. Entre os pavilhões intermediários, segundo e terceiro blocos, na ala esquerda da edificação, foram localizados os consultórios oftalmológicos. Esses ambientes eram menores em área, pois apenas uma pessoa era consultada ou internada por vez. No último pavilhão, localizado ao fundo da edificação, foram localizados os serviços de apoio ao funcionamento do hospital, como cozinha, quarto dos médicos e refeitório. A parte de ensino do hospital foi alocada no último pavilhão, onde funcionavam as salas de aula e enfermarias de ensino dos estudantes da Faculdade Imperial de Medicina. Na época da construção do novo hospital da Santa Casa da Misericórdia funcionavam nas dependências do hospital algumas cátedras da faculdade. Nesse pavilhão também foi disposto o setor de cuidados com as crianças doentes da irmandade, os expostos e as meninas e meninos órfãos. Foram alocados enfermaria, sala de operação, consultório e refeitório específicos para esse público. Por fim foi localizado na ala direita do último bloco, separado das enfermarias mais movimentadas, o quarto para tratar insanos doentes, que ali receberiam os cuidados antes de serem direcionados e internados no Hospício de Pedro II.

O segundo pavimento da edificação pode ser acessado pelas escadas do vestíbulo e aquelas localizadas no corredor central. A escada do vestíbulo, em mármore, foi projetada para dar acesso ao saguão contíguo ao salão nobre. O Salão Nobre recebeu atenção especial quanto à decoração e ornamentação. No primeiro pavimento do primeiro bloco foram localizados os serviços de arquivo, na ala direita, e serviços de ensino em ambas as alas. Nessa área foram alocados a biblioteca, a sala de leitura e o Salão da Comunidade. Na ala esquerda do primeiro bloco foram localizados os aposentos das irmãs de caridade, trazidas da Europa em 1852 para auxiliar no tratamento dos doentes. O segundo bloco foi marcado pela presença da Capela do Sacramento ou Capela do Imperados, localizada ao centro. Próximo a Capela, na ala direita, foram dispostos os ambientes de apoio da capela, o quarto do padre e um dormitório para alojar as irmãs de Caridade. Ainda nessa ala funcionava o colégio dos meninos órfãos, seu dormitório e seu refeitório. A ala esquerda do

segundo pavimento foi destinada ao tratamento dos enfermos em grande enfermarias bem construídas. Entre as enfermarias foram projetados dormitórios médicos e consultórios para facilitar o fluxo do hospital. Na ala esquerda, entre os blocos segundo e terceiro foram criados quartos individuais, direcionados aos irmãos pensionistas e mais abastados, que gozavam de mais privacidade. No terceiro pavilhão e quarto pavilhão, no piso superior, foram projetadas salas de operações cirúrgicas e enfermarias de clínicas médicas, cirúrgicas e oftalmológicas.

Quem transpõe o limiar do grandioso hospital da praia de Santa Luzia, divisa logo, à direita do vestibulo, duas estátuas colossais, mandadas fazer pelo grande provedor José Clemente Pereira: a primeira, de frei Miguel de Contreiras, instituidor da Misericórdia de Lisboa, e a segunda, do padre jesuíta José de Anchieta, fundador do primitivo hospital da Santa Casa do Rio de Janeiro²³⁴.

O Hospital foi então finalizado em 1865, com possibilidade 1015 leitos de internação, sendo ao todo 28 enfermarias. Poderiam ser internados homens, mulheres e crianças sem distinção de raças, nacionalidades e crenças religiosas. O grandioso hospital do século XIX, durante o período de construção, despendeu uma soma de dinheiro de aproximadamente 3 mil 467 contos de réis (3.467:924\$123)²³⁵.

Em 1852 o Rio ganhou, na verdade, o primeiro Hospital, digno deste nome, com amplas enfermarias, ambulatorios e consultórios capaz de prestar um atendimento mensal a 3000 necessitados²³⁶.

De toda a edificação do antigo hospital, apenas uma parte dele ainda existe, que consiste em algumas enfermarias, que foram completamente reformuladas e transformadas²³⁷. O restante da antiga edificação foi em grande parte demolida e reconstruída, sendo o prédio existente hoje uma edificação construída no século XIX. A partir da construção do novo hospital não foram mais admitidos no estabelecimento inválidos, alienados e os doentes de elefantíases dos gregos. Já os pacientes diagnosticados com doenças contagiosas como tísica pulmonar no 3º grau, sarampo, escarlatina, disenterias contagiosas, diarreias crônicas e outras moléstias, começaram a ser tratados em enfermarias separadas, fora do novo hospital²³⁸.

E foi no mesmo ano da inauguração do novo hospital (1852) que a grande mudança no atendimento da Irmandade aconteceu, a vinda das irmãs de caridade para auxiliar os médicos nas funções de enfermaria e farmácia. Essa foi mais uma ação da provedoria de

²³⁴ FAZENDA, 1912. p. 3.

²³⁵ Ibid. p. 7-8.

²³⁶ ZARUR, 1978. p. 22.

²³⁷ FAZENDA, 1912. p. 3.

²³⁸ ZARUR, 1978. p. 20.

Clemente Pereira que negociou com a Ordem de São Francisco de Paula de Paris, o envio das religiosas²³⁹.

A Misericórdia do Rio de Janeiro ainda adquiriu diversos imóveis em vários locais da cidade, o que a possibilitou abrir e gerenciar diversas enfermarias e pequenos hospitais que auxiliaram nas principais epidemias que ocorreram na época, a epidemia de febre amarela entre 1849-1850 e a epidemia da cólera que aconteceu em 1855. *“Foi o caso, por exemplo, do Hospital de Nossa Senhora da Saúde, na Gamboa, inaugurado em 1853 para acolher as vítimas das duas epidemias”*²⁴⁰.

Concepção magnífica do cérebro privilegiado do grande provedor José Clemente Pereira, criador das grandiosas obras que assinalaram uma época, o hospital geral, é sem nenhuma dúvida um estabelecimento que honra a nossa cidade, quer no seu conjunto arquitetônico, que revela o progresso da arte já então observado, quer pela amplitude dos socorros que distribui²⁴¹.

A nova edificação do Hospital da Misericórdia foi construída sobre os modernos preceitos da medicina do século XIX, com alas separadas para diferentes sexos e tipos de doenças. Os pátios internos proporcionaram a iluminação e aeração das enfermarias, aumentando a salubridade dos espaços. Com a criação do novo hospital e do auxílio das irmãs de caridade, a assistência à saúde provida pela Irmandade da Misericórdia passa a se adequar a modernização requerida pela época, e fica sendo no século XIX, como principal referência para a modernização de outras Santas Casas espalhadas pelo país.

1.3. Discussões sobre a modernização e reformas da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e seu Estado de Conservação Atual.

A Irmandade da Misericórdia é a mais antiga e uma das mais importantes instituições do Brasil. Datada da época da colonização portuguesa, veio para garantir o atendimento corporal e espiritual dos portugueses da colônia. Atualmente a instituição ainda se apresenta como uma das principais provedoras de atendimento hospitalar no Brasil. Existem cerca de 1500 Santas Casas no país e muitas delas surgiram ainda no período colonial.²⁴²

Como visto anteriormente, com o passar dos anos e com o crescimento da colônia foi necessária a expansão das Santas Casas, que começaram a ampliar os seus espaços para tratar da população que crescia exponencialmente. O grande marco para essas instituições

²³⁹ GANDELMAN, 2001. p. 620.

²⁴⁰ Ibid. p. 629.

²⁴¹ SOUZA e SILVA, O. O Edifício da Misericórdia e o 101º aniversário do lançamento de sua pedra fundamental. *Jornal O Comercio*. Rio de Janeiro, 06 jun. 1941.

²⁴² IBÁÑEZ; DUARTE; DIAS, 2011. p. 177.

foi o século XIX, onde as tendências modernas de avanço da medicina e a necessidade de higienização estabeleceram como deveriam ser as novas Santas Casas. As edificações foram obrigadas a se modernizar e organizar seus espaços. Muitos dos serviços prestados pela Irmandade da Misericórdia foram retirados do prédio do Hospital Geral para atender em prédio próprio.

A modernização foi a grande responsável pela diminuição da mortalidade dentro dos Hospitais da Misericórdia, que começaram a investir não apenas no acompanhamento dos doentes até a morte, mas também nas possibilidades de cura. A mudança passou dos procedimentos ao espaço arquitetônico, que teve que se modernizar para se adequar as novas tendências. As primeiras Santas Casas foram criadas como anexos das Igrejas da Misericórdia e essa característica atribuiu a instituição o seu caráter simbólico e sua ligação com o sagrado.

A demolição do antigo hospital da misericórdia do Rio de Janeiro para a construção do novo hospital geral foi essencial para a modernização dos tratamentos. O Hospital então passou a adquirir um novo significado, como local para tratamento das doenças, destinados principalmente a pobres, porém agora com possibilidades de tratamentos e cura para as enfermidades. A modernização possibilitou estabelecer novos tratamentos e acompanhar o avanço da medicina da época. O novo partido do hospital proporcionou a salubridade e o caráter higienista que não existiam na antiga edificação. Os grandes pátios internos que proporcionavam a iluminação e a insolação do local, assim como a troca de ar e ventilação dos ambientes, melhoraram os prognósticos de cura e influenciaram diretamente na diminuição da mortalidade no hospital. A nova arquitetura, agora digna de se nomear hospitalar, foi capaz de influenciar tanto no tratamento dos enfermos como na nova prática de medicina brasileira oitocentista.

A Instituição, depois do término das obras, ocupou inteiramente o prédio localizado na Rua Santa Luzia, deixando os antigos aposentos da edificação colonial construída contiguamente a Igreja de Bonsucesso no Largo da Misericórdia. Remanescentes da antiga edificação que abrigou o hospital ainda estão presentes no referido Largo, funcionando como ambientes de apoio às atividades da Igreja da Irmandade (Figura 42).

A edificação do Novo Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro sempre manteve o uso hospitalar em sua edificação. Apesar das necessidades médicas mudarem ao longo dos seus 174 anos de existência foram feitas pequenas reformas internas para adaptar a edificação às suas necessidades momentâneas. A edificação do Hospital apresenta-se como um monumento, pertencente não apenas ao Rio de Janeiro, mas ao Patrimônio Nacional. Esta foi uma das primeiras edificações tombadas na época de criação

da Secretária do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (SPHAN), atual Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Tombado e reconhecido como monumento em 15 de julho de 1938, um ano após a promulgação do Decreto-Lei nº 25 de 30 de Novembro de 1937, a edificação apresenta-se atualmente como o principal marco do Patrimônio Arquitetônico da Saúde.

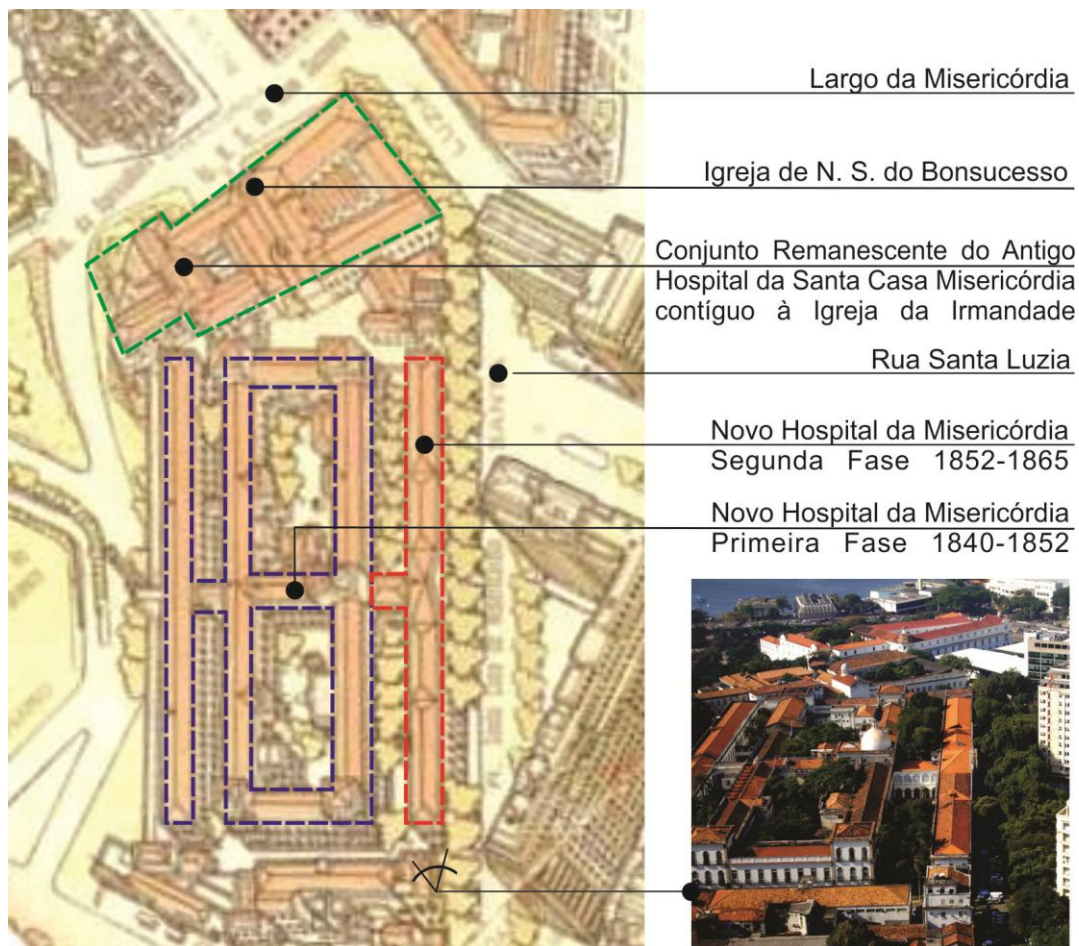


Figura 42 – Mapa da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, destaque para a antiga edificação do hospital, contígua à Igreja da Misericórdia, e a Nova edificação do hospital. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Adaptação da Autora.

As reformas e manutenções periódicas possibilitaram o uso da edificação como estabelecimento da saúde. Em geral, a edificação apresenta bom estado de conservação externamente, com apenas poucos danos localizados nas platibandas e nas regiões da parede próximas ao telhado. A edificação conseguiu preservar as suas características externas muito bem, como o frontispício de Luís Giudice que se apresenta em bom estado de conservação, com poucas manchas e elementos ornamentais inteiros. Os principais danos nas paredes da fachada são manchas na pintura e manchas de umidade, descolamento de reboco e danos nas esquadrias. Algumas das esquadrias da fachada principal foram recortadas para a colocação de aparelhos de ar condicionado, o que danifica

a estética da edificação e descaracteriza o monumento (Figura 43, Figura 44, Figura 45 e Figura 46).



Figura 43 – Frontão e os detalhes artísticos da fachada apresentam bom estado de conservação, com apenas algumas manchas de umidade, que não comprometem a estrutura. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 44 – Pode observar que o frontispício, parte principal da fachada frontal, em bom estado de conservação, com elementos ornamentais inteiros. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 45 – Os danos na platibanda da edificação causados pela umidade do telhado apresentam-se em toda a sua extensão. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 46 – As esquadrias apresentam bom estado com danos pontuais que não prejudicam as suas estruturas. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.

Os maiores problemas do Hospital da Santa Casa do Rio de Janeiro são internos, onde muitos ambientes de saúde não receberam verbas suficientes para as adaptações às necessidades da medicina moderna e permaneceram obsoletos ou foram adaptados à custa da qualidade estética. Devido aos problemas internos e a falta de uma reforma ou restauração que siga um plano diretor específico, o Hospital da Misericórdia foi interditado pela Vigilância Sanitária em outubro de 2013.

O hospital já apresentava sucateamento e falta de estrutura para funcionar adequadamente, segundo as normas da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro. Não havia condições para o trabalho adequado dos médicos nos ambientes de saúde. A cozinha estava interditada por más condições de higiene e as enfermarias, consultórios, salas de

cirurgia, salas de esterilização, entre outras dependências do hospital, apresentavam-se insalubres. Devido às más condições, o hospital já havia sido descredenciado do Sistema Único de Saúde em dezembro de 2012, quando seus serviços de nutrição, lavanderia e limpeza foram considerados insatisfatórios, e suas instalações foram consideradas inadequadas (ver Figura 47, Figura 48, Figura 49, Figura 50, Figura 51, Figura 52, Figura 53, Figura 54 e Figura 55). A interdição de outubro de 2013 mostrou um hospital sem condições de funcionar como tal, necessitando de uma reestruturação completa, remetendo a necessidade da reforma e reconstrução que a instituição passou no século XIX. A edificação ficou fechada por um mês em 2013, até que, depois de algumas reformas básicas, foi autorizada a reabrir algumas alas do hospital. Em novembro de 2013 foram reabertos os nove ambulatórios da Santa Casa, apenas para atendimento clínico, ginecológico, oftalmológico, dermatológico, cardiológico e psiquiátrico e o serviço de Radiologia. Apesar das reformas apressadas, as enfermarias de internação não haviam sido consideradas salubres pela Vigilância Sanitária, que não autorizou sua reabertura.

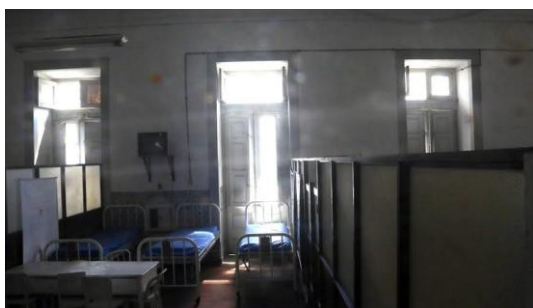


Figura 47 – Fotografia destaca uma das enfermarias do hospital que apresenta condições pouco confortáveis aos pacientes, com mobiliário obsoleto e camas com pouca distância entre si. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.



Figura 48 – Fotografia destaca outra enfermaria do hospital que apresenta divisórias na compartimentação dos leitos. O assoalho encontra-se em estado regular, necessitando de recuperação. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.



Figura 49 – Fotografia apresenta uma das salas administrativas de atendimento aos pacientes. O ambiente apresenta problemas nas paredes com presença de umidade. As divisórias não possuem um padrão estético poluindo visualmente o ambiente. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.

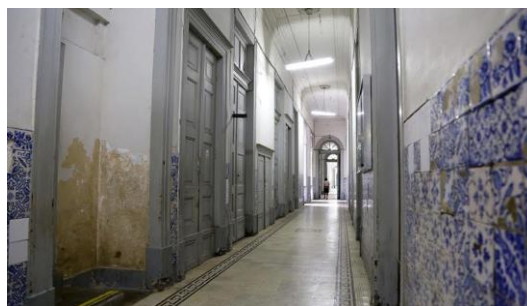


Figura 50 – Vista de um dos corredores do andar térreo. Pode-se notar grandes danos no revestimento, reboco e pintura, das paredes. Os Azulejos Portugueses apresentam-se em péssimo estado, com muitas peças perdidas, quebradas ou manchadas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.



Figura 51 – Detalhe das Paredes dos Corredores do hospital cobertas por azulejos portugueses. Eles estão em péssimo estado de conservação, com muitas peças danificadas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.



Figura 52 – Nos fundos da edificação há uma grande quantidade de umidade nas paredes, muitas manchas, sujidades, descolamento de reboco e presença de vegetação na fachada. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.



Figura 53 – Detalhe das Instalações que se apresentam precárias e necessitam de reparo urgente. Destaque para a janela e parede danificadas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.



Figura 54 – Foto dos corredores de acesso às enfermarias do segundo pavimento. As paredes necessitam de pintura e tratamento contra umidade. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.



Figura 55 – Parte da Edificação vista por uma janela dos corredores. Nota-se que os danos no reboco, na pintura estão em todas as partes do hospital. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti. Fonte: Jornal O Dia, 2014.

O Hospital foi reaberto em 27 de junho de 2014, após apresentar um plano de reestruturação. O Hospital será, a partir de 2014, administrado pela Associação da Misericórdia e o faturamento será dividido entre 60% pelo Sistema Único de Saúde e 40% por atendimentos particulares. O plano de reestruturação envolveu empresas privadas, a Universidade Estácio de Sá e representantes da Prefeitura e do Governo do Estado. Atualmente funcionam quinze ambulatorios com serviços de atendimento clínico, ginecológico, oftalmológico, dermatológico, cardiológico e psiquiátrico, duas enfermarias para internação e o serviço de Radiologia. A edificação atualmente passa por obras de

reforma e adaptação para poder voltar a possuir 400 leitos de internação. Serão gastos 14 milhões de reais, em média, nessas adaptações.

O grande problema dessas reformas apressadas para a volta imediata do funcionamento do hospital é que elas ocorrem sem planejamento e projeto que visem as particularidades de uma edificação tombada como patrimônio. O Hospital da Santa Casa da Misericórdia, atualmente o marco da história da saúde e da medicina no Rio de Janeiro, no começo do século XVIII funcionava apenas com dois médicos, um cirurgião e um enfermeiro auxiliado por um ajudante e mais dois escravos, para uma população de 250 doentes²⁴³. O hospital evoluiu de um nosocômio que acompanhava os doentes na sua doença até a morte, para um hospital tecnológico voltado ao tratamento e cura de seus pacientes.

A construção do Novo Hospital da Santa Casa marcou a Arquitetura Hospitalar do século XIX, tornando um exemplo a ser seguido por outras instituições brasileiras da época. Muitos hospitais foram construídos seguindo o exemplo da Santa Casa, utilizando da arquitetura de blocos, pátios internos e do estilo neoclássico.

Os relatos do século XIX falam que a arquitetura do Hospital da Misericórdia foi considerada à altura dos melhores estabelecimentos europeus, igualando-se aos hospitais modelos da França. Os jardins internos, o pé-direito alto, a largura dos corredores foram elementos essenciais para a salubridade do novo hospital. Os materiais de boa qualidade aplicados pelos engenheiros-arquitetos durante a construção, como as pedras e madeiras nobres utilizadas nos revestimentos, trouxeram uma durabilidade e agregaram valor à edificação²⁴⁴.

Apesar das más condições de higiene atuais e sua falta de estrutura para atender as exigências da saúde, a edificação busca se adaptar e reformar seus espaços para continuar com o seu uso hospitalar original. As reformas e adaptações devem ser estudadas levando em conta a alteração do ambiente interno, evitando a descaracterização e a mutilação do espaço. As divisões internas devem ser refeitas somente quando for necessário e devem ser completamente visíveis e identificáveis. As divisórias devem atender um plano estético que não poluam visualmente os ambientes.

A edificação pode funcionar muito bem como hospital, pois seus aspectos arquitetônicos, como pé-direito alto e espaços arejados e salubres, permitem o uso hospitalar atual. Porém para isso é preciso um plano diretor que leve em consideração as particularidades da edificação, seu caráter históricos e seus problemas financeiros. O estado atual interno de insalubridade se deu pela falta de investimento nos dois setores do governo, saúde e cultura, que além de não manterem os hospitais em bom estado de funcionamento, não

²⁴³ MACHADO, Roberto; et al. *Danação da Norma. Medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal; 1978. p. 59

²⁴⁴ COSTA, 2008. p.123.

repassavam dinheiro para que o patrimônio se mantivesse em bom estado de conservação. A falta de verba em ambos os setores levou a edificação a apresentar o seu estado atual, sendo por fim interditada pela Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro. Apesar do seu estado de funcionamento não ser o ideal, o Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro permanece na vida e no imaginário dos cariocas como um estabelecimento de socorro à saúde e um marco do Patrimônio Arquitetônico da Saúde.

2. CAPÍTULO 2: O HOSPÍCIO DE PEDRO II TRANSFORMA-SE EM PALÁCIO UNIVERSITÁRIO: MUDANÇAS E NOVOS USOS PARA A ARQUITETURA HOSPITALAR DO SÉCULO XIX.

Se existe classe que mereça uma vigilância esclarecida, benévola e ativa, é a dos doidos Destes, aqueles que pertencem a famílias abastadas ou são objeto da caridade vivem pela maior parte isolados em quartos fechados, vigiados, alimentados e tratados, principalmente quando são atacados de monomania com delírio, ou idiotia, ou paraplegia. Neste caso não fica a humanidade em falta com estes desgraçados, mas em desforra a sua presença é um fardo penoso, uma vizinhança incômoda e às vezes insuportável para os vizinhos, e a reclusão a que são condenados em aposentos pequenos e pouco arejados é quase sempre ineficaz ao curativo²⁴⁵.

A loucura, assim como o tratamento dado aos loucos, foi conceituada de diferentes maneiras ao longo da história. Nem sempre a loucura, alienação, doença mental e sofrimento psíquico foram tratados como doença, como algo negativo. Em sua significação mais recente, o louco, definido por Foucault, é um prisioneiro da mais aberta das estradas, porém acorrentado à infinita encruzilhada. O louco está fechado no navio, onde escapar não é possível, é passageiro e prisioneiro, e nunca saberá onde irá aportar, ou quando e onde irá desembarcar²⁴⁶. O louco está sempre cercado e preso, dentro de sua mente, vivendo em seu próprio mundo e não controlando a sua razão.

Durante a Grécia Antiga, o estado de loucura era considerado um privilégio²⁴⁷. Platão e Sócrates expunham suas definições de loucura como um dom divino. Sócrates afirma que se a loucura não é um mal, a loucura ou mania, é uma das fontes dos maiores bens. Platão também privilegia a loucura, definida por ele como um efeito de um favor divino. Platão ainda define que os dons divinatórios só ocorrem em estado de loucura ou possessão, pois em momentos lúcidos as pessoas praticam apenas coisas sem importância²⁴⁸.

A relação da loucura com a divindade e a experiência mística vai prevalecer por muito tempo. Aos poucos o conceito de alienação vai transformando, de portador da verdade divina para doença temida e provocadora de caos social.

²⁴⁵ SIGAUD, José Francisco Xavier. Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro. *Diário de Saúde ou Efemérides das Ciências Médicas e Naturais do Brasil*, v. I, n. 1, p. 6-8, abril. (Republicado em *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. VIII, n. 3, p. 559-62, setembro, 2005). 1835. p. 559.

²⁴⁶ FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura na Idade Clássica*. 5. ed. São Paulo (SP): Perspectiva; 1972. p.16-17.

²⁴⁷ SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2005. julho-agosto; 13(4): p. 592.

²⁴⁸ PELBART, Peter Pál. *Da clausura do fora ao fora da clausura*. São Paulo (SP): Brasiliense; 1989. p. 18-26.

Durante a Idade Média, apesar de ainda não ser considerada uma doença que requer tratamento específico, já existiam espaços de reclusão que retiravam o louco do convívio social ao qual ele não se adaptava²⁴⁹. Os estabelecimentos usados na reclusão eram em sua maioria leprosários que, com o fim da epidemia de lepra, foram adaptados para receber os novos excluídos da sociedade.

O louco ainda aparece presente na vida familiar e cotidiana durante a Idade Média. Foi apenas no período da Renascença que os indivíduos insanos passam a ser reconhecidos de outro modo, reagrupado de uma forma que o isola do mundo ao seu redor, mas não lhe atribuiu um quadro de patologia médica²⁵⁰. O internamento dos loucos nessa época era considerado um aprisionamento, pois não havia meios para descobrir as doenças que os afetavam, e apenas se referiam a uma experiência de desatino²⁵¹.

De fato, os loucos que estão no hospital designam, ao longo da era clássica, um estado de coisas superado; eles remetem a essa época — do fim da Idade Média à Renascença — em que o louco era reconhecido e isolado como tal, mesmo fora de um estatuto médico preciso.²⁵²

O louco durante na Renascença poderia viver junto à comunidade e só seria separado caso a sua loucura parecesse perigosa. O hospital não era a forma mais eficaz de tratamento, a natureza era a solução terapêutica. Era muito comum os médicos, nessa época, prescreverem viagens, repouso, passeios, retiros e a separação do paciente de tudo que ocasionou a sua “loucura”²⁵³.

As instituições evoluíram durante o fim da Renascença e o apogeu da Idade moderna, foram criados espaços específicos que diferenciavam o louco do criminoso. Havia asilos de internação, casas de força e de correção. A figura do médico ganhou mais importância, como o único capaz de distinguir o normal do insano, o criminoso do alienado irresponsável²⁵⁴.

O século XIX marca o momento em que a loucura recebe definição médica como alienação mental, sendo assim integrada ao campo da medicina, de uma medicina especial que é a psiquiatria²⁵⁵.

As condições dos primeiros hospícios, asilos e hospitais de loucos eram subumanas, os loucos eram tratados como animais, eram acorrentados, ficavam em pequenos cubículos

²⁴⁹ SILVEIRA; BRAGA, 2005. p.593.

²⁵⁰ FOUCAULT, 1972. p.135.

²⁵¹ Ibid. p. 137

²⁵² Ibid. p. 138

²⁵³ FOUCAULT, 1979. p.69

²⁵⁴ FOUCAULT, 1972. p. 137.

²⁵⁵ MACHADO, 1978. p. 385.

com grades, suportavam, frio, calor e fome. A internação era apenas um meio de retirá-los do convívio da sociedade²⁵⁶.

A prática da internação para tratamento efetivo da loucura teve seu começo no século XIX, quando a insanidade passa a ser percebida como uma desordem na maneira de agir, de tomar decisões e ser livre²⁵⁷. Os loucos começaram a ser vistos como perigosos para a sociedade e deviam ser controlados e tratados. Quanto maior o crescimento e o processo de urbanização, maior a necessidade de estabelecer a ordem no espaço urbano, onde novos padrões de controle social seriam estabelecidos. A livre circulação de alienados já não era aceita e estes deviam ser reclusos em hospitais específicos para o tratamento da sua insanidade²⁵⁸.

O hospital psiquiátrico então se estabelece no século XIX como um lugar de diagnóstico e classificação da loucura, dividido em compartimentos para cada tipo de doença psíquica. Era um local fechado para tratar a loucura, com procedimentos como isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições com a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, entre outras relações entre o médico e seus doentes²⁵⁹.

O processo de cura no século XIX era, então, baseado no confinamento e isolamento do alienado, que tinha como principal objetivo afastá-lo do que o levou a loucura e oferecer medidas de segurança a sociedade. Na época, acreditava-se que essa era a forma mais eficiente de tratamento e cura. A função do hospício era oferecer o tratamento baseado na disciplina, em um ambiente calmo, regado, afastado dos túmulos e paixões da vida cotidiana²⁶⁰. Com as mudanças no conceito de loucura começou a ser defendido por diversos países da Europa e América do Norte, um tratamento mais humanitário nos asilos de loucos. Os principais reformadores da época promoviam e defendiam transformações no tratamento dos alienados, dentre eles, Vincenzo Chiaruggi na Itália, William Tuke na Inglaterra, Benjamin Rush nos Estados Unidos da América, Philippe Pinel e seu discípulo Jean-Étienne Dominique Esquirol na França²⁶¹.

Dentre os citados, os principais nomes que influenciaram o exercício da psiquiatria no Brasil foram Pinel (1745-1826) e seu discípulo Esquirol (1772-1840). Pinel, considerado o fundador

²⁵⁶ FOCAULT, 1972. p. 167.

²⁵⁷ Ibid. p.69

²⁵⁸ MACHADO, 1978. p. 113.

²⁵⁹ FOUCAULT, 1979. p.70

²⁶⁰ ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latino Americana. Psicopatologia Fundamental*, VII, 1, 128-141, março / 2004. p. 135.

²⁶¹ ACKERKNECHT, E. H. *Breve historia de la psiquiatria*. 2. ed. Buenos Aires: Universitária, 1964. p.51-52.

da psiquiatria moderna, foi o que mais se destacou e influenciou as mudanças nos hospícios e no tratamento dos insanos. O médico foi responsável por fundar uma tradição, a da Clínica, como orientação consciente e sistemática, introduzindo uma diferenciação metodológica entre a observação dos fenômenos, explicando-os com os princípios da história natural²⁶².

Em seu tratado médico-filosófico sobre alienação ou a mania, escrito em 1801, Pinel descreve como o tratamento dos alienados deve ser feito, revelando suas experiências como superintendente do Hospital de Bicêtre²⁶³ e as necessidades de métodos humanizados no tratamento dos alienados. Através da observação dos internos, o médico também descreveu as várias formas de manifestação da mania.

Ora essas funções são abolidas todas juntas, enfraquecidas ou vivamente excitadas durante os acessos, ora essa alteração ou perversão toca apenas uma ou várias entre elas, enquanto as outras adquirem um novo grau de desenvolvimento e de atividade e parecem excluir qualquer ideia de alienação da compreensão²⁶⁴.

O insano adquire durante os acessos de loucura um excesso de força muscular e uma agitação contínua que marca não apenas o desejo físico, mas também lhe dá um sentimento de superioridade em que nada pode separar o alienado durante o acesso de sua suprema vontade. O louco era tomado por uma “audácia intrépida” que o faz lutar por seus caprichos, mesmo que tenha que ir contra o seu zelador ou o pessoal que lhe presta serviço no hospital. É necessário para contê-lo que se oponha a força e que se reúna em grande número de funcionários, agindo de forma a convencê-lo de que toda resistência será em vão. *“Eis aí um grande segredo nos hospícios bem organizados, para prevenir os acidentes funestos em casos imprevistos, e para contribuir fortemente na cura da mania”* ²⁶⁵.

Durante o seu acesso de loucura, o alienado possui um alto grau de imaginação e muitos pensamentos impetuosos. O que ele havia esquecido nos períodos de sanidade, como as lembranças do passado, voltam para ele com facilidade e naturalidade²⁶⁶. Em outros momentos a loucura se manifesta como uma espécie de temor, uma posição firme e

²⁶² BERCHERIE, P. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p. 31 *apud* ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. 2004. p. 135.

²⁶³ O Hospital Bicêtre foi fundado em 1634 e até os dias atuais fica localizado nos subúrbios de Paris. Construído originalmente para ser um Hospital Militar, o estabelecimento se transformou ao longo dos anos, abrigando também órfãos, presidiários e alienados. Este foi o primeiro Hospital Asilo que implantou métodos humanitários nos tratamentos dos insanos.

²⁶⁴ PINEL, P. *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie*. Paris: Richard, Caille e Ravier, 1801. (Republicado em Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, v. VII, n. 3, p. 117-27, set., 2004). p.119

²⁶⁵ *Ibid.* p. 121

²⁶⁶ *Ibid.* p. 122

invariável de ideias que dominam o indivíduo, como uma obsessão inflexível, uma determinação corajosa e imprudente e desqualifica qualquer direito de humanidade²⁶⁷.

Basta indicar a extrema diferença que existe da dureza grosseira, dos golpes, dos ferimentos, ousar dizer, dos tratamentos atrozes e algumas vezes mortíferos que se podem cometer nos hospícios de alienados, onde as pessoas em serviço não são contidas pela mais ativa e mais severa vigilância²⁶⁸.

Durante a gestão de Pinel no Hospício de Alienados de Bicêtre, o diretor aplicou os seus ideais que deram um novo sentido ao tratamento dos loucos na época. Os funcionários do hospital eram proibidos de aplicar castigos violentos, sob nenhum pretexto, as camisas de força e reclusão eram as únicas penas aplicadas e eram feitas por tempo limitado. O método habilidoso do médico produzia curas e melhoras inesperadas, mesmo quando as vias pela doçura e humanidade falhavam²⁶⁹.

Da produção francesa sobre doença mental, a obra de Esquirol, discípulo de Pinel, foi a que mais influenciou os pensadores brasileiros sobre a psiquiatria no século XIX, que articulavam principalmente na relação entre loucura e inteligência, e loucura e civilização²⁷⁰. Sua obra foi um grande marco teórico no conceito médico de loucura e nas classificações dos fenômenos psíquicos. As classificações definidas pelo médico em sua obra *“Des Maladies mentales considerees sous les rapports medical, hygienique et medico-legal”* publicada em Paris em 1838, auxiliaram nas transformações no tratamento e cura dos insanos.

Com as novas definições estabelecidas por Esquirol, a loucura não representa mais um quadro médico homogêneo e unitário, ela se apresenta como um fenômeno mutável e que pode ser classificado de diferentes formas. A primeira forma é aquela que aniquila a inteligência do paciente, sendo considerada então incurável. As outras manias que não retiravam do alienado a sua inteligência eram denominadas delírios, que não significavam a total abolição do pensamento.

O delírio é um distúrbio, uma perturbação, uma desordem da inteligência. A faculdade continua existindo, o que abre para a possibilidade de se pensar em reabilitação, em transformação, em cura. [...] Delírio é inteligência desordenada; implica, portanto, em presença da razão, mesmo quando não se pensa razoavelmente e se alteram as relações do eu com o mundo²⁷¹.

Apesar de não reduzir a loucura a um conceito isolado, Esquirol determinou, em formas gerais, como os delírios poderiam se manifestar. Esses foram resumidos em cinco gêneros:

²⁶⁷ PINEL, 1801, p. 125.

²⁶⁸ Ibid. p. 125

²⁶⁹ Ibid. p. 127

²⁷⁰ MACHADO, 1978. p. 384.

²⁷¹ Ibid. p. 387.

a lipemania, a mania, a demência, a imbecilidade e a monomania²⁷². A Lipemania representa um conceito da psiquiatria relacionada à intensa tristeza ou melancolia. Esquirol usa o termo lipemania ou *lypémanie* para se referir a uma doença do cérebro caracterizada por delírios, que são crônicos e fixados sobre temas específicos, ausência de febre e uma tristeza que muitas vezes é debilitante e esmagadora²⁷³. Já a manifestação da Mania, refere-se um delírio provocado por todos os tipos de objetos, acompanhado de uma excitação exacerbada²⁷⁴. A demência engana a possibilidade de racionalidade do indivíduo, fazendo com que o alienado perca o poder do pensamento e as forças necessárias para cumprir suas funções sociais. A imbecilidade ou idiotia caracteriza aqueles que não tiveram os corpos bem formados para que pudessem pensar racionalmente²⁷⁵.

A Monomania foi caracterizada como um desejo a um único objeto ou conjunto deles. A pessoa acometida por essa enfermidade apresenta excitação e paixão expansiva por algo, porém apesar do delírio, não há lesão das faculdades intelectuais em toda sua extensão, há apenas um delírio fixo e exclusivo por determinado objeto. A monomania pode se manifestar de três tipos: a intelectual, a afetiva e a instintiva. A intelectual é caracterizada por uma lesão parcial da inteligência, é a mais comum e se expressa pela desordem que se concentra em um único objeto ou conjunto deles. Por ser um delírio parcial, não impede que o alienado sinta, raciocine e aja normalmente. O segundo tipo, a monomania afetiva, não afeta a inteligência, as ideias e o raciocínio do alienado, a desordem aparece no comportamento, relacionado aos hábitos, caráter, ações e paixões do alienado. Esse tipo de monomania transforma o caráter do doente, tornando-o agressivo e mau, mesmo quando ele normalmente é afetuoso e bom. Por fim, existe a monomania instintiva, que não altera nem a inteligência nem a moralidade do doente, o que é lesionado é à vontade. É uma monomania sem delírio, que impele o indivíduo a realizar atos contra a sua vontade²⁷⁶, o alienado é impulsionado em seus atos “por uma força irresistível, por um arrebatamento que não pode vencer, por um impulso cego, por uma determinação irrefletida, sem interesses, sem motivo”²⁷⁷. A loucura se manifesta como a desordem da sensibilidade, da inteligência ou da vontade. É, portanto um fenômeno moral e não intelectual²⁷⁸.

²⁷² ESQUIROL, Etienne. De La Manie. In: *Des Maladies mentales considerees sous les rapports medical, hygienique et medico-legal*, Tome I. Paris: Théraplix 1838. p.22.

²⁷³ Ibid. p.133-134.

²⁷⁴ MACHADO, 1978. p. 387.

²⁷⁵ ESQUIROL, 1838, p. 22.

²⁷⁶ MACHADO, 1978. p. 390-391.

²⁷⁷ ESQUIROL, Etienne; Mémoire sur la Monomanie Homicide. In: *Des Maladies mentales considerees sous les rapports medical, hygienique et medico-legal*, Tome II. Paris: Théraplix. 1838. p. 804.

²⁷⁸ MACHADO, 1978. p. 388.

Esta alienação moral é tão constante que me parece uma característica essencial da alienação mental. Existem alienados cujo delírio é quase imperceptível: não há cujas paixões, as afecções morais, não estejam desordenadas, pervertidas, destruídas. O retorno às afecções morais em seus justos limites; o desejo de rever as crianças, os amigos; as lágrimas de sensibilidade; a necessidade de abrir seu coração, de se reencontrar no meio da família, retomar seus hábitos, são sinais certos de cura, enquanto o contrário tinha sido um sinal de loucura próxima ou índice de iminente recaída; a diminuição do delírio não é um sinal certo de cura, a não ser quando os alienados voltam a suas primeiras afecções²⁷⁹.

Com as novas definições sobre loucura, Esquirol definiu que o tratamento da enfermidade deveria ser físico, para livrar o cérebro do insano de vapores que ameaçavam o entendimento, fazendo cessar os delírios. Ainda se usaram de sangrias, purgas, banhos e defensivos durante o tratamento físico da loucura no século XIX, mas estes recursos perdem o seu caráter essencial, em detrimento de uma nova conduta moral e social do indivíduo. *“Nessa subordinação, o tratamento físico é atravessado por uma preocupação corretiva da conduta: ele torna-se um tratamento moral indireto”*²⁸⁰.

No Brasil, o principal texto teórico sobre psiquiatria e alienação do século XIX foi escrito pelo médico Antonio Luiz da Silva Peixoto, onde o mesmo se declarava seguidor de Esquirol²⁸¹. Peixoto define alienação mental como uma doença do cérebro, de longa duração, com perturbação contínua ou intermitente das faculdades mentais. A loucura apresenta-se com ou sem lesão das sensações e dos movimentos voluntários, e não apresenta desordens profundas nas funções orgânicas do doente²⁸².

Assim como Esquirol, Peixoto defende a classificação dos gêneros da loucura, dividindo-os em idiotia, mania, monomania e demência. As definições do médico brasileiro de mania e monomania seguem os mesmos princípios de Esquirol. Já sua definição de demência e idiotia se difere um pouco e são consideradas por ele como perda das faculdades intelectuais. A demência acontece devido a perda acidental e a idiotia corresponde a uma debilitação congênita²⁸³.

A tese intitulada “Considerações Gerais sobre Alienação Mental” de Peixoto ainda traça um perfil da situação da loucura e do tratamento da doença mental nos trópicos. A loucura era vista por ele, como perturbação e não como destruição da inteligência, o que apontaria uma

²⁷⁹ ESQUIROL, Etienne; *De la Folie*. In : *Des Maladies mentales considerees sous les rapports medical, hygienique et medico-legal*, Tome I. Paris: Théraplix. 1838. p. 16.

²⁸⁰ MACHADO, 1978. p. 409.

²⁸¹ Ibid. p. 392

²⁸² PEIXOTO, Antonio Luiz da Silva. Considerações gerais sobre a alienação mental (1837). *Revista latino-americana de Psicopatologia Fundamental* 2013, vol.16, n.4 p. 647.

²⁸³ PEIXOTO, 2013, p. 647.

possibilidade de cura, pois “a doença é distúrbio e o distúrbio pode ser corrigido através de uma intervenção sobre o curso desviante das ideias e dos sentimentos”²⁸⁴.

A loucura poderia se manifestar pelas mais diferentes causas, desde doença hereditária à influência dos climas, estações do ano, idade, sexo, temperamento, profissão e o modo de vida. O ponto de vista mais aceito era que as causas da insanidade eram as emoções vivas, o terror, o amor em excesso ou contrariado, o temor, a cólera, a ambição, a perda de fortunas e os problemas domésticos²⁸⁵.

Apesar de todo avanço e estudo na área da loucura e psiquiatria do século XIX, muito pouco se alterou na prática asilar dos insanos. Os tratados, de qualquer modo, auxiliaram na evolução dos conceitos e reduziram as ambiguidades do discurso sobre loucura. Era necessário colocar a loucura sob uma regulação de caráter moral, inscrevendo-a na categoria das condutas anormais. Porém, sem possuir muitos recursos para observação e controle dos insanos asilados, os médicos e estudiosos da psiquiatria no Brasil, acabaram por utilizar-se pouco das fundamentações científicas na prática asilar²⁸⁶.

2.1. Os Loucos na Cidade do Rio de Janeiro

No Brasil, durante o período colonial, os loucos só recebiam tratamento para sua loucura se fossem de famílias abastadas. Esses eram tratados em seus domicílios ou enviados a Europa. Se ficassem agitados eram encarcerados em cômodos separados e se fosse necessário eram amarrados. Já os alienados pobres vagavam pelas ruas das cidades, eram mal nutridos e doentes. Se ficassem agitados eram recolhidos às cadeias e instituições de correção moral, onde facilmente faleciam. As principais terapias para a loucura nos primeiros séculos do Brasil colônia eram as sangrias ou sedenhos, quando não se faziam exorcismos católicos ou fetichistas. Em frequência eram consultados os padres e curandeiros para curar a insanidade dos doentes²⁸⁷.

A situação dos insanos agravou-se ainda mais com a vinda da corte de D. João VI em 1808, que elevou consideravelmente a população do Rio de Janeiro. Junto a isso houve um crescimento urbano desordenado, aumentando os casos de alienação mental. Como não havia espaços para abrigar os loucos pobres, estes eram encarcerados em prisões e quando mais graves, eram internados na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro²⁸⁸.

²⁸⁴ MACHADO, 1978. p. 395.

²⁸⁵ ELIA, Francisco Carlos da Fonseca. *Doença mental e cidade: o Hospício Pedro II*. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1996. p. 7.

²⁸⁶ MACHADO, 1978. p. 383.

²⁸⁷ MOREIRA, Juliano. Memórias do Dr. Juliano Moreira. *Archivos Brasileiro de Psiquiatria*, n 1, 1907 *apud* ELIA, 1996. p. 5.

²⁸⁸ ELIA, 1996. p. 5.

No Brasil não havia estabelecimento voltado ao tratamento do louco, era mais que necessária uma nova forma de encarar o tratamento da alienação, principalmente nas novas urbes brasileira. Nessa época, havia dois métodos de tratamento para curar a alienação mental, o primeiro era denominado tratamento intelectual e moral, que atuava diretamente no cérebro; o segundo era o tratamento físico ou médico, onde o tratamento atuava de forma indireta sobre o cérebro. Porém nenhum dos métodos era aplicado nos tratamento dos loucos no Brasil, o comum era castigar os loucos fisicamente e encarcerá-los em cadeias mal preparadas. Prática essa, na época, já condenada em outros países²⁸⁹.

O médico ítalo-brasileiro Luiz Vicente De Simoni (1792-1881), foi um grande defensor das melhorias e de um tratamento adequado aos loucos que viviam na cidade do Rio de Janeiro. Para ele, a natureza da alienação mental pode ser causada pela mínima contrariedade, desgostos e infortúnios. Para ele, o louco era privado do entendimento e da livre vontade, o que lhe retirava o caráter humano. *“O indivíduo que tem a desgraça de ficar louco, perde imediatamente quase todos os direitos civis e políticos; as leis lhe tiram toda a faculdade ativa de cidadão”*²⁹⁰.

Durante toda a primeira metade do século XIX, os políticos brasileiros irão reproduzir o discurso dos médicos alienistas, enfatizando que a loucura é uma enfermidade que necessita de tratamento em local especial e que a assistência dada na época era inapropriada, desumana e não auxiliava na cura. Defenderão ainda que os alienados não devem ser aprisionados a cadeias e nem aos hospitais gerais, nem soltos nas ruas²⁹¹. A retirada dos alienados das ruas significava mais uma organização da vida em sociedade e a proteção dos cidadãos da urbe do que o acolhimento ao doente. Era preciso “limpar” as ruas, mas era mais que necessário um local adequado para destinar essas pessoas que não se adequavam a sociedade. Apenas os loucos pobres que escapavam da reclusão viviam nas ruas do Rio de Janeiro. Já as famílias mais abastadas escondiam com muito rigor o fato de possuir algum membro alienado na família²⁹².

A principal forma de reclusão e tratamento dos insanos no Rio de Janeiro era feita dentro do Hospital Geral da Irmandade da Misericórdia. A partir da década de 1830 as condições de tratamento passaram a ser fortemente criticadas, tanto pela internação dos loucos quanto pelo tratamento dos pacientes em geral. Existem vários relatórios da época que descrevem

²⁸⁹ PEIXOTO, 1837. p. 670.

²⁹⁰ DE-SIMONI, Luiz Vicente Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. *Revista Médica Fluminense*, v. V, n. 6, p. 241-62, setembro. 1839. (Republicado em *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. VII, n. 1, p. 142-59, março, 2004). p.157.

²⁹¹ ODA; DALGALARRONDO, 2004. p. 138.

²⁹² ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005. p. 984.

as péssimas condições que os insanos eram tratados, e como isso era considerado desumano e impróprio para a época. Foram elaborados vários relatórios de saúde que inspecionaram e avaliaram as condições de funcionamento da Santa Casa carioca.

O Relatório da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, escrito pelos médicos José Martins da Cruz Jobim, Joaquim José da Silva e Christovão e José dos Santos, relatava as más condições de tratamento no estabelecimento e expressava o desejo de um asilo específico para o tratamento dos loucos no Rio de Janeiro. O texto publicado em 1830 no *Semanário de Saúde Pública* marcava a visão médica e psiquiátrica do século XIX, onde os alienados deveriam ser separados da sociedade, mas também tratados de maneira eficaz para proporcionar a cura desses doentes.

Uma coisa não podemos passar em silêncio e vem a ser a maneira por que os doidos são ali tratados: custa a crer-se que no Rio de Janeiro se encontre o cúmulo da barbaridade em uma casa destinada ao alívio de desgraças a que todo homem está sujeito, e que não tenha havido até o presente um coração benfazejo, que se lembre daqueles miseráveis, que lhes procure um local conveniente onde eles possam restabelecer-se por um tratamento físico e moral bem dirigido, e não onde eles não se tornem ainda mais loucos; pois qual será o alienado, que recuperando a razão nos seus intervalos lúcidos, não quisera antes viver sempre privado dela, do que considerar-se ligado a um tronco, deitado no chão, e cercado de outros, que a cada passo o podem acometer, e maltratar horivelmente? Estamos persuadidos de que só tem faltado um coração benfazejo, e com bastante influência para fazer sentir a necessidade de um asilo de alienados nas vizinhanças da cidade, onde eles gozem de todas as comodidades que exige o seu estado, e tratamento; [...].²⁹³

Em um texto publicado no *Diário de Saúde ou Efemérides das ciências médicas e naturais do Brasil*, em 1835, o Médico franco-brasileiro José Francisco Xavier Sigaud descreve como os loucos transitam pela cidade do Rio de Janeiro, colocando em risco a sua integridade física e a dos transeuntes.

E quantos idiotas, velhas enfermas e imbecis não tereis visto de tempos a tempos nos lugares populosos, nos arrabaldes, nos estabelecimentos públicos e nas igrejas? Nós não tratamos aqui dos mendigos, dos leprosos, nem dos bêbados; só lembramos a classe desgraçada dos loucos, os quais ainda que entes inóxios, podem às vezes enfurecer-se e cometer atos homicidas de repente, e deste modo privar uma família de um filho amado, que eles esmaguem passando, ou de uma pessoa útil, que sem intenção firam com a primeira arma que o acaso lhes oferecer. Na verdade, a sociedade nada ganha com o espetáculo ridículo e hediondo de certos doidos; a moral pública sofre com sua presença nas ruas; a caridade geme vendo vítimas votadas a uma morte certa, e a segurança dos habitantes corre riscos que podem comprometer a vida de alguns deles²⁹⁴.

²⁹³ JOBIM, J. M. C.; SILVA, J. J.; SANTOS, C. J. Relatório da Comissão de Salubridade Geral, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, apresentado e aprovado na sessão de 19 de junho (de 1830). *Semanário de Saúde Pública*, n. 15, p. 77-81, abril de 1831. p. 79.

²⁹⁴ SIGAUD, 1835. p. 561.

O artigo intitulado “Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro” ainda defende a reclusão dos loucos em ambiente propício para a cura.

No interesse das famílias, e para a tranquilidade doméstica, uma casa especial consagrada à recepção e tratamento de doidos faria importantes serviços. No interesse da moral pública, a reclusão dos maníacos obstaría por uma vez as cenas ridículas de certos loucos, e as indecentes caricaturas, que a litografia reproduz em milhares de exemplares. No interesse da humanidade, se garantiria com mais probabilidade de sucesso, e de certeza, a existência a uns e a cura a outros²⁹⁵.

Com os loucos transitando livremente pelas ruas do Rio de Janeiro, era mais que necessário interná-los para um tratamento eficaz que pudesse trazer a realidade aqueles que haviam perdido a sua sanidade. Porém, como dito anteriormente, o único espaço hospitalar que abrigava esse tipo de doente era a Santa Casa da Misericórdia, estabelecimento extremamente sucateado e que tratava os loucos de forma ineficaz e muito criticada pelos médicos brasileiros. O médico De Simoni publicou um artigo na Revista Médica Fluminense, em 1839, onde mostrava a grande necessidade de um estabelecimento específico para o tratamento dos loucos na cidade do Rio de Janeiro. Em seu texto, De Simoni apresenta as condições degradantes dos loucos que em todos os lugares eram tratados com privação de higiene, salubridade, comida, dignidade e tratamentos eficazes contra a alienação. Era mais que certo que nesses ambientes os prognósticos de cura eram quase inexistentes.

Só diremos que, se a miséria dos alienados não era igual na Santa Casa à dos do hospital da caridade em Lion, que em 1809 ainda habitavam em subterrâneos; a umidade, a privação ou escassez da luz e do ar em quartos baixos, com janelas pequenas, em um andar térreo, e em um corredor escuro, os constituíam, na superfície do solo, quase na mesma condição.²⁹⁶

A internação dos alienados na Santa Casa da Misericórdia era considerada completamente insalubre, os loucos ficavam separados dos doentes comuns apenas por assoalho de tábuas, não havia forro, o que dava pra ver e ouvir as movimentações no andar superior. A falta de estrutura e conforto não permitia que os alienados tivessem o silêncio necessário para seu descanso. Os alienados ficavam encarcerados em algumas salas pequenas, principalmente quando eram mais dóceis e velhos. Aqueles mais violentos ficavam presos ao tronco, onde sofriam castigos físicos.

[...] põem os doidos encerrados nesta sala em comunicação com outras pessoas, [...]. Suas duas dimensões são de 36 e 28 palmos. Ali ficam encerrados os doidos que não cabem nos quartos, e principalmente os dementes, os velhos, os menos furiosos, e os escravos, que todos aí dormem em tarimbas, ou ficam presos a um grande tronco fixo, onde também vão parar por castigo os escravos da casa que cometem faltas. [...] Estranhar-se-á, e com razão, que no século em que vivemos, em um país livre, em uma casa de caridade, e destinada ao alívio do homem doente, e

²⁹⁵ SIGAUD, 1835, p. 562.

²⁹⁶ DE-SIMONI, 1839. p.145-146.

sob as vistas de pessoas da arte médica, os doidos sejam tratados pior que se não trataria ao maior criminoso, e com o mesmo rigor, e aspereza com que um senhor castiga o seu escravo, prendendo-o a um tronco²⁹⁷. O indivíduo que tem a desgraça de ficar louco perde imediatamente quase todos os direitos civis e políticos; as leis lhe tiram toda a faculdade ativa de cidadão; [...] Para contê-lo nestes excessos, nos quais se fere e dilacera em várias partes, e para sujeitá-lo à aplicação de socorros, a que ele se recusa, é logo submetido a uma segunda prisão: a camisola de força, e até o tronco, que ainda não tem sido possível desterrar da Santa Casa, vem amarrar-lhe os braços, e prende-lhe as pernas como a um escravo!!!²⁹⁸

Outro problema da Santa Casa da Misericórdia, além da insalubridade e os castigos aplicados aos loucos, era a lotação. As pequenas acomodações, lotadas de doentes, favoreciam o delírio dos loucos. Em algumas acomodações eram colocados até quarenta alienados juntos, doentes que possuíam loucura de diversos gêneros de mania. Como ficam encarcerados em espaços com comunicação aberta, era possível ouvir em várias partes do hospital os gritos e brigas dos insanos, que muitas vezes acabavam em ferimentos graves²⁹⁹. Na mesma época, o provedor da Santa Casa carioca, José Clemente Pereira, também reconhecia o grande problema no tratamento dos loucos. Em um requerimento enviado em 1839 para solicitar recursos junto ao Império, o provedor descreve a internação dos alienados como uma pena de morte.

Os alienados vivem encarcerados em estreitos quartos que pelo menos são felizmente arejados; mas faltam os meios de um tratamento apropriado para moléstias de semelhante natureza! As míseras alienadas acham-se encerradas em pequenos cubículos, privados de ar necessário para a vida, e de toda e qualquer vista, que até a dos céus lhe é vedada, recebendo apenas uma escassa luz emprestada! Assim as infelizes vão caminhando daquele lugar de martírio para o cemitério, definhadas, tísicas ou hidrópicas! Não é exageração, Augustos e Digníssimos Senhores Representantes da Nação! Antes se omitem circunstâncias desagradáveis, que podido dar relevo ao horror que inspira o quadro! Parece que entre nós a desgraça da perda das faculdades intelectuais está qualificada de crime atroz, pois é punida com a pena de prisão perpétua, que, pela natureza do cárcere onde se executa, se converte na de morte!³⁰⁰

Ao analisar os espaços utilizados para o tratamento dos loucos na Santa Casa carioca, o médico De Simoni chega a conclusão que esse estabelecimento não está de acordo com os preceitos da ciência e medicina moderna.

²⁹⁷ DE-SIMONI, 1839. p.146.

²⁹⁸ Ibid. p.157 - Nota-se no trecho as características da sociedade escravista brasileira do século XIX, que condena o uso de tronco e castigos aos doentes loucos, mas considera normal o rigor e o castigo que o senhor castiga o negro escravo. É importante ressaltar que a Instituição da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro também possuía trabalhadores escravos e os punia com castigos físicos quando cometiam faltas.

²⁹⁹ Ibid. p. 151.

³⁰⁰ FBN. Divisão de Manuscritos. II-34,27,044. REQUERIMENTO do provedor e mesários da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro à Assembleia Geral Legislativa solicitando a concessão de uma loteria, cujo produto da venda seria empregado exclusivamente nas obras de reforma do seu hospital. Rio de Janeiro. 21/05/1839.

Pela descrição que acima fizemos das duas repartições em que, no hospital da Santa Casa, se tratam os alienados, fica patente não só a insuficiência, como a impropriedade delas para o fim caridoso a que são destinadas, e quão pouco elas estão em harmonia com os preceitos da ciência, as luzes do século, e os sentimentos de verdadeira humanidade³⁰¹.

De Simoni conclui em seu artigo que as alienações mentais curáveis ficam impossibilitadas de cura, quando os loucos são tratados em ambientes insalubres como o da Santa Casa. Muitos ainda apresentam piora no quadro da alienação, evoluindo de monomanias a uma insanidade geral, do delírio brando à fúria, da loucura à demência³⁰². O médico por fim dá as primeiras soluções para a internação dos alienados, que foram seguidas na construção do primeiro hospício da cidade do Rio de Janeiro.

A querer-se tratar os doidos como convém que se faça, é preciso não só conservá-los em um local apropriado, mas também que esse local seja separado, e até afastado de outros estabelecimentos, que possam ser prejudiciais aos alienados, ou ao método de seu tratamento. [...] A vizinhança de um hospital geral, além de muito incômoda, é comumente prejudicial para a saúde de homens, que, como os doidos, por longo tempo têm de ficar expostos à influência da sua vizinhança, sem nunca saírem do lugar; e a administração particular desse mesmo hospital é pouco própria para dirigir um estabelecimento de alienados³⁰³.

Uns anos antes de De Simoni publicar o seu artigo sobre a importância e a necessidade da criação de um manicômio no Rio de Janeiro, o médico José Francisco Xavier Sigaud já havia publicado um artigo sobre como os alienados necessitariam de espaços abertos, fora da cidade e tratamento adequado a cada gênero de loucura. O artigo apresenta propostas modernas e humanas para o tratamento dos loucos.

O Hospital da Misericórdia não tem celas destinadas a recolher os maníacos? Sim, é verdade, mas que distância vai dessas gaiolas humanas, postas na vizinhança de um cemitério, e por baixo de enfermarias ajougadas de doentes, a um local espaçoso, arejado, no meio do campo, com ruas de árvores para o livre exercício dos doidos, e com água corrente para banhos frios, que são de tanta necessidade no curativo da loucura! [...] O tratamento dos maníacos no Hospital da Misericórdia é uma obra de misericórdia, e nós reclamamos uma obra de filantropia. Há entre estes dois atos da caridade uma linha de demarcação bem pronunciada. No Hospital da Misericórdia, o pequeno recinto destinado para os doidos obsta que se os possa classificar segundo a natureza da loucura, e entretanto todos sabem que para obter-se bons resultados do curativo é circunstância muito favorável o isolamento e a separação dos idiotas, dos furiosos, dos melancólicos, dos convulsionários.³⁰⁴

O tratamento dos loucos precisava com urgência sair da esfera da simples caridade e entrar para a esfera da filantropia. Uma ação que atenderia aos novos conceitos de higiene pública e polícia médica, e ainda compreendia uma ação do estado monárquico voltada aos insanos

³⁰¹ DE-SIMONI, 1839, p. 151.

³⁰² Ibid. p. 154.

³⁰³ Ibid. p. 156

³⁰⁴ SIGAUD, 1835, p. 561-562.

pobres³⁰⁵. A fundação de um hospício para os alienados, ou casa de saúde deveria ser feita em uma casa grande fora da cidade, em sítio arejado³⁰⁶.

Além da Santa Casa do Rio de Janeiro, outros hospitais de caridade de diversas cidades também recebiam e encarceravam os insanos. Todos eles eram considerados miseráveis e não davam a menor condição de tratamento humano e cura para a alienação. Vale ressaltar, porém que no início do século XIX, os hospícios, asilos e hospitais eram locais voltados para aqueles que dependiam da caridade: os órfãos, os recém-nascidos abandonados, os mendigos, os doentes e os loucos. Os estabelecimentos eram mais voltados a dar abrigo, alimento e apoio religioso do que realmente proporcionar alguma cura médica³⁰⁷. Foi com a evolução dos estudos da psiquiatria e da medicina moderna que começou a ser cogitado um espaço terapêutico para o tratamento dos insanos. O louco passa agora a ser doente mental, um indivíduo que precisa ser normalizado, ele não é mais uma espécie de doente que pode ser isolado junto aos outros, ele passa a ser reconhecido como indivíduo particular, *“como uma história própria e periculosidade singular e virtual a ser isolada e trabalhada em um local especializado: o Manicômio ou Asilo de Alienados”*³⁰⁸.

Dessa forma, para sair da esfera da caridade foi proposta pelos médicos e filantropos da Santa Casa do Rio de Janeiro a criação de um Hospício, instituição que seria estabelecida segundo o modelo francês elaborado por Pinel e Esquirol³⁰⁹.

A trajetória que culminou com o decreto de 1841 foi uma sucessão de sugestões aceitas, bem encaminhadas e sancionadas pela instância máxima do governo imperial O “Palácio de Guardar Doidos” tem portanto uma história. Não somente orgulho do Imperador, símbolo da civilização que se instala na capital, mas parte integrante do projeto normalizador da medicina³¹⁰.

O decreto de 1841 determinou a criação, pelo imperador D. Pedro II com apoio da sociedade carioca, de um hospício destinado ao tratamento dos alienados. Esse foi o primeiro hospital de doentes mentais criado no Brasil e inaugura uma nova fase da medicina brasileira, marcando o nascimento da psiquiatria no país³¹¹.

³⁰⁵ ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. Apresentação a “Insânia loquaz” (Jobim, 1831) e a “Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro” (Sigaud, 1835). *Revista Latino Americana de Psicopatologia. Fundamental*. VIII, 3, 554-556. set/2005 . p. 555

³⁰⁶ SIGAUD, 1835. p. 561.

³⁰⁷ ODA; DALGALARRONDO, 2005, p. 985.

³⁰⁸ ELIA, 1996. p. 10.

³⁰⁹ MACHADO, 1978. p. 428.

³¹⁰ MACHADO, 1978, p. 428-429.

³¹¹ Ibid. p. 375.

2.2. A Construção do Hospício de Pedro II

De todas as moléstias a que o homem é sujeito nenhuma há cuja cura dependa mais do local em que é tratada do que a loucura [...]. Sem isolamento, a tranquilidade, o silêncio, quando eles são precisos; sem as convenientes separações dos loucos em classes segundo o gênero e espécie de alienação mental; sem o trabalho, as distrações, a ventilação, os passeios, os banhos, as embarcações; sem meios próprios de efetuar tudo isso e conter sem barbaridade os furiosos no seu delírio, sujeitando-os docemente ao tratamento que lhes pode ser útil, sem uma grande atenção e cuidado todos dedicados a esta classe de doente é impossível obter-se boas curas e com facilidade³¹².

A construção do primeiro hospício foi uma das medidas de reestruturação dos serviços prestados pela Irmandade da Misericórdia Carioca. José Clemente Pereira, provedor da Irmandade, inicia ações importantes que mudariam o cenário da saúde carioca, como o novo hospital da Misericórdia, o cemitério do Caju e o Hospício de Pedro II³¹³. O provedor cria, então, medidas para possibilitar a construção do primeiro hospício no Brasil. Ele inicia uma arrecadação de fundos, envia ofícios ao Império e oferece o terreno para construção do prédio em uma chácara na Praia Vermelha.

O resultado dessa iniciativa é a publicação do decreto nº 82 datado de 18 de julho de 1841, que marca “o ato da maioridade do Imperador que assinala a instauração de um governo encimado pelo chamado rei filósofo, complemento perfeito do pai dos desvalidos”³¹⁴ (ver Figura 56). O decreto marca a atuação imperial na assistência psiquiátrica e faz surgir o primeiro hospício nacional³¹⁵. A administração da instituição deveria ser entregue a Santa Casa, pois essa já gozava de bons exemplos de administração de seus estabelecimentos de saúde, considerados na época em próspera expansão³¹⁶.

Desejando assinalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência: Hei por bem fundar um Hospital destinado privativamente para tratar de alienados, com a denominação de – Hospício de Pedro Segundo –, o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia, desta Corte, debaixo da Minha Imperial Proteção, aplicando desde já para princípio da sua fundação o produto das subscrições promovidas por uma Comissão da Praça do Comércio e pelo Provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que Eu houver por bem contribuir³¹⁷.

Todas as novas obras de reestruturação dos serviços de saúde prestados pela Irmandade da Misericórdia Carioca agora passavam pela aprovação e auxílio da Academia Imperial de Medicina. Para a construção do Hospício, além dos debates promovidos pela Academia, em

³¹² DE-SIMONI, 1839. p.142.

³¹³ MACHADO, 1978. p. 425.

³¹⁴ Ibid. p. 427-428.

³¹⁵ ELIA, 1996. p. 05.

³¹⁶ Ibid. p. 11.

³¹⁷ BRASIL. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. *Collecção das Leis do Império do Brasil*. Tomo IV. Parte II, Rio de Janeiro. Na Typographia Nacional. 1842. p. 49.

1844, o médico Antônio José Pereira das Neves foi enviado para Europa, a fim de estudar os principais hospitais para tratamento dos alienados³¹⁸. O médico encontrou em três hospícios franceses, recomendações de como deveria ser o primeiro Hospício de Alienados do país. Ele visitou o Maison Royale de Charenton, o Hospício de Sapétrière e o Hospício de Bicêtre.

O primeiro Hospício visitado pelo médico, o Maison Royale de Charenton, era destinado aos dois sextos, exclusivo para pensionistas. O edifício era composto de dois corpos separados por uma capela, o que era ideal para separar os pacientes de diferentes sexos, e valorizava a sua conexão com a vista exterior. Os quartos tinham janelas voltadas para os pátios ajardinados e as portas de acesso voltadas a uma enorme varanda sustentada por colunas (ver Figura 57) ³¹⁹.

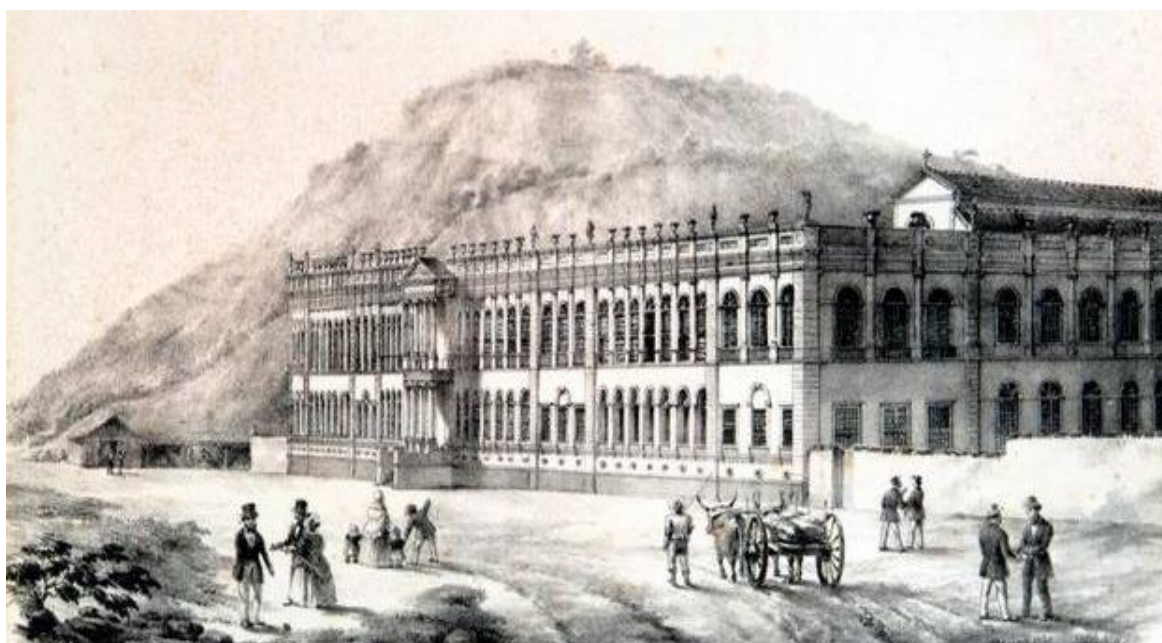


Figura 56 – Litografia do Hospício de Pedro II por P. G. Bertichem (1856). Fonte: FBN Iconografia Icon393044 - O Brasil Pitoresco e Monumental, 1856.

Os alienados internos em Charenton eram todos pertencentes à classe abastada da sociedade francesa, então eles não eram obrigados a trabalhar no Hospício. Porém era necessário dar uma ocupação aos internos como forma de tratamento, e essa era feita através da diversão, jogos de bilhar, gamão, xadrez, entre outros. Era incentivado, também, o passeio aos jardins externos que era conduzido pelos enfermeiros³²⁰.

³¹⁸ MACHADO, 1978. p. 425.

³¹⁹ NEVES, Antonio José Pereira das. Relatório Acerca do Tratamento dos Alienados e seus Principais Hospitais Em França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal. IN: *Annaes de Medicina Brasiliense*. Vol. 3. N. 7 – Janeiro de 1848 P. 161. Disponível online em: <http://memoria.bn.br/pdf/442500/per442500_1848_00007.pdf>. Acesso em 11/06/2014.

³²⁰ NEVES, Vol. 3. N. 7 – Janeiro de 1848, p. 162.

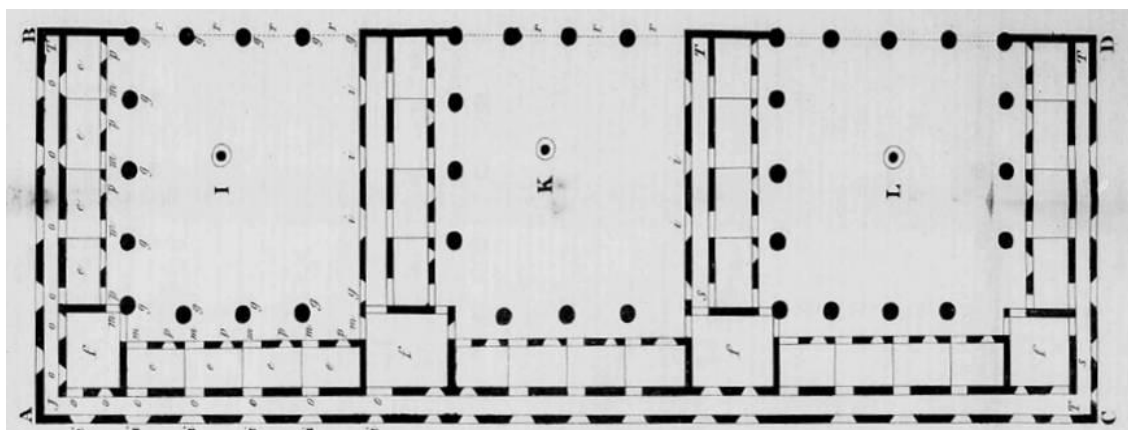


Figura 57 - Plano do Novo Hospital de Charenton em Paris Fonte: Neves, 1848

Legenda:

A B C D
E F G H - Pavilhões da construção idênticos.

I K L - Pátios ajardinados.

e – Quartos dos Alienados

f – Refeitórios e Salas de Recreio

Outras duas instituições visitadas pelo médico brasileiro, que influenciaram a construção do Hospício de Pedro Segundo, foram o Hospício Salpêtrière e Hospício Bicêtre. O Hospício Salpêtrière, conhecido também como Hospício da Velhice, era exclusivamente voltado para mulheres (ver Figura 58, Figura 59, Figura 60 e Figura 61). As construções desse hospício eram baseadas nas ideias de Esquirol, com fórmulas quadradas onde no centro se localizam grandes pátios arborizados³²¹. O tratamento moral também era seguido nesse hospício, para os médicos a falta de ocupação era o que aumentava a loucura e a infelicidade das alienadas. O trabalho e a diversão distraíam as internas, afastando-as de seus delírios e atos desordenados. A principal ocupação do local era o corte e a costura³²².



Figura 58 - Alienada do Hospício Salpêtrière na fase de imobilidade. Gravura: P. Richer. Fonte: Richer, 1881.



Figura 59 - Alienada na fase de movimentos bruscos. Gravura: P. Richer. Fonte: Richer, 1881.

³²¹ NEVES, Vol. 3. N.11 – Maio de 1848, p. 271.

³²² NEVES Vol. 3. N.12 – Junho de 1848, p. 293.



Figura 60 - Alienada do Hospício Salpêtrière na fase de contorção. Gravura: P. Richer. Fonte: Richer, 1881.



Figura 61 - Alienada do Hospício Salpêtrière na fase de melancolia. Gravura: P. Richer. Fonte: Richer, 1881.

O Hospício de Bicêtre, destinado exclusivamente para os homens, era um estabelecimento composto de quatro grandes pátios arborizados, circundados por edifícios bem construídos. Nesses edifícios encontram-se dormitórios espaçosos, bem arejados e refeitórios limpos (ver Figura 62). Também possuía trabalho para os internos e uma escola para crianças que apresentavam algum tipo de idiotia ou atraso mental³²³.

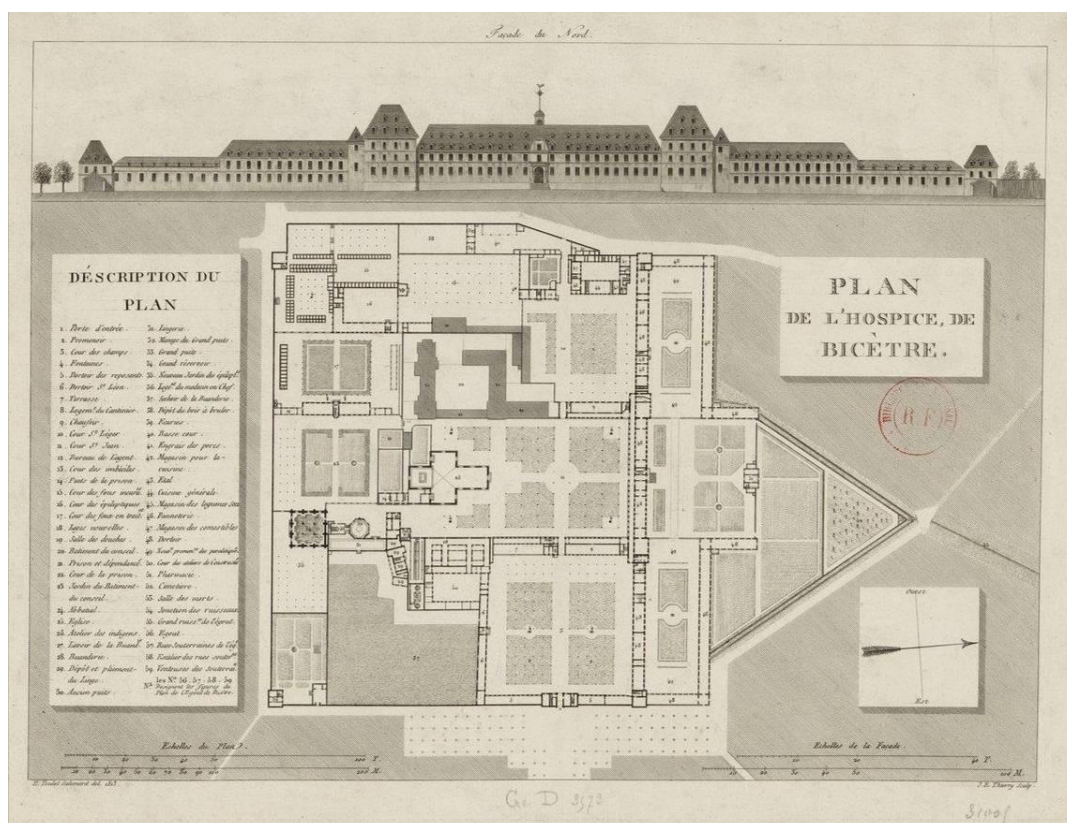


Figura 62 – Planta do Hospício de Bicêtre. E. Poulet Galimard, del. 1813 Fonte: Bibliothèque nationale de France, 2014.

³²³ NEVES, Vol. 4. N.1 – Julho de 1848, p. 13.

O estudo desses hospícios feitos pelo médico Antônio José Pereira das Neves tinha como principal objetivo buscar referências no exterior para melhorar o tratamento dos doidos no Brasil, acabando com o desprezo, descaso e abandono assim que fosse inaugurado o Hospício de Pedro II³²⁴. Por fim, o médico explicita que o principal tratamento de um Hospício deve ser o moral, com o trabalho e as correções, mas não se deve abandonar o tratamento terapêutico e medicinal, que deve vir como um segundo plano. “*O tratamento moral formará ponto de partida, onde tudo nascerá, e centro para onde tudo convergirá.*” Os principais resultados encontrados nesses estabelecimentos eram: aumento das curas, diminuição das recaídas, diminuição da mortalidade e aumento da felicidade física e moral dos internos³²⁵.

O Hospício de Pedro II foi o resultado do princípio de isolamento dos alienados, defendido por Esquirol em seus tratados escritos no século XIX e reafirmado por Silva Peixoto em sua tese *Considerações sobre Alienação Mental*, publicada em 1837³²⁶. O isolamento foi o primeiro princípio a ser seguido na implantação do Hospício e a razão para ele ter se instalado na chácara da Praia Vermelha.

Por sua posição geográfica nos limites da cidade, por suas condições de ar puro, silêncio, tranquilidade, o Hospício – mais uma instituição a que a política da medicina social assinalou um lugar fora do aglomerado urbano – realiza o projeto de isolamento. O Hospício é um espaço fechado, com uma única entrada, constantemente vigiada, de onde o alienado não sai, a não ser para passeios pelas redondezas, mas sempre acompanhado de enfermeiros, e onde ninguém entra que possa interferir na relação da psiquiatria com o seu doente, atrapalhando o processo terapêutico. Não há cura sem isolamento, o que implica que todo tratamento deve ser asilar³²⁷.

Peixoto em sua tese afirma que o estabelecimento para tratamento dos loucos deveria ser construído fora das grandes povoações, em local arejado. O edifício deve ser amplo e possuir espaço suficiente para separar os doentes turbulentos e furiosos dos tranquilos. É necessário também separar os convalescentes dos incuráveis, tratar adequadamente os epiléticos e os que padecem de alguma doença contagiosa. Os internos jamais deveriam ser tratados com violência e os meios de repressão necessários para conter os delírios não devem caracterizar maus-tratos. O médico é a figura de poder dentro de um Hospício Moderno e ele deve possuir o poder superior³²⁸.

Sob administração da Irmandade da Misericórdia do Rio de Janeiro, as obras da construção do Hospício iniciaram-se em janeiro de 1842. O terreno escolhido na Praia Vermelha era conhecido como Chácara do Vigário Geral, que pertencia à Santa Casa, e onde no local já

³²⁴ NEVES, Vol. 3. N.12 – Junho de 1848, p. 294.

³²⁵ NEVES, Vol. 4. N.2 – Agosto de 1848 P. 43-47.

³²⁶ MACHADO, 1978. p. 430.

³²⁷ Ibid. p. 431-432.

³²⁸ PEIXOTO, 2013. p. 673.

havia instalado uma enfermaria para insanos. Anexa ao terreno, havia a Chácara da Capela. A área fazia limite de um lado com Botafogo e de outro com os quartéis ao pé da montanha, além de se localizar de frente para o mar³²⁹.

O desenho do hospício, que ficou conhecido como Palácio dos Loucos, devido a majestosa obra arquitetônica, possui autoria do engenheiro-arquiteto português Domingos Monteiro, que na época era major do Imperial Corpo de Engenheiros. Devido as suas aspirações na escola de italiana de Vignola, a planta original do Hospício projetada por Domingos Monteiro foi considerada simples demais. Faltava-lhe a característica de palácio, o aspecto de monumento (ver Figura 63). Clemente Pereira, então, recorreu aos engenheiros Joaquim Cândido Guillobel e José Maria Jacinto Rabelo, que eram discípulos de Grandjean de Montigny para atribuir ao hospício características arquitetônicas monumentais e a grandiosidade que faltava. As principais mudanças no plano original foram feitas na fachada, que foi recoberta com um frontispício grandioso idealizado pelo engenheiro Joaquim Cândido Guillobel (ver Figura 64). As mudanças seguiram recomendações até do imperador, que opinou nas modificações da planta original³³⁰.



Figura 63 - Hospício Nacional de Alienados. Fotografia: Augusto Malta, 1903. Fonte: Hoirisch, 2007.

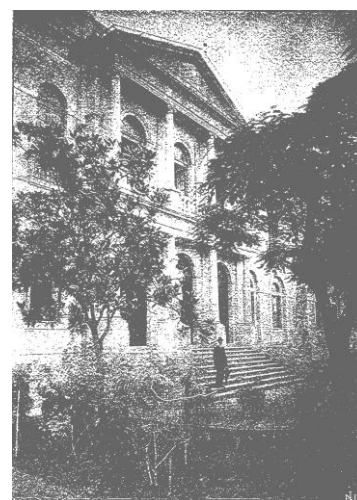


Figura 64 – Frontispício de Joaquim Cândido Guillobel. Fonte: Brasil, 1904-1905.

Como base e inspiração para o projeto arquitetônico do Hospício, o engenheiro-arquiteto Domingos Monteiro seguiu o antigo Hospital de Charenton (Maison Royale de Charenton), que era considerado um marco na psiquiatria francesa. Assim como os hospícios franceses, a edificação brasileira possui ao centro a portaria de entrada, com pátio e capela, a administração e os armazéns. Os homens e mulheres insanos eram separados em alas, classificados pelo seu estado de saúde. Além disso, a instituição acomodava em grandes

³²⁹ CALMON, Pedro. *O Palácio da Praia Vermelha*. 1852-1952. Rio de Janeiro, Oficina Gráfica da Universidade do Brasil, 1952. p. 24.

³³⁰ ELIA, 1996. p. 16.

seções os pacientes e possuía galerias que circundavam o conjunto, o que atribuía à edificação o aspecto saudável³³¹.

A planta do Hospício de Pedro II conta com pátios internos ajardinados, princípio arquitetônico muito utilizado na época para atribuir salubridade às edificações de saúde. Essa relação com o exterior trazia a tranquilidade desejada pelos médicos aos pacientes, assim como o contato com a natureza, a praia e a vegetação da região da Praia Vermelha. A simetria, outra característica da arquitetura do século XIX, está presente na edificação, que usa da sua ornamentação na fachada e da grande extensão da edificação para garantir a sua característica monumental (ver Figura 65, Figura 66 e Figura 67). A edificação do Hospício de Pedro II foi projetada arquitetonicamente em duas partes simétricas. O formato de retângulo com um bloco central, e dois blocos laterais separados por pátios internos e interligados por uma circulação avarandada.

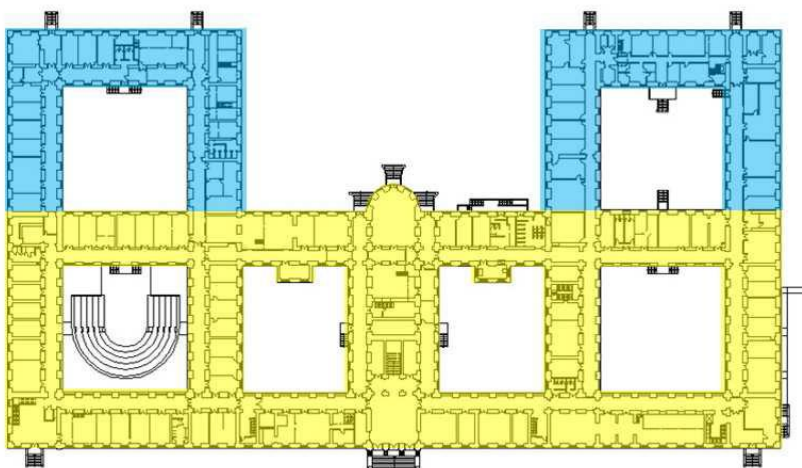


Figura 65 - Planta do térreo (Levantamento 1993) A parte da construção marcada de amarelo constitui o volume construído em 1852. A parte marcada de azul corresponde aos acréscimos feitos em 1904. Fonte: Hoirisch, 2007.

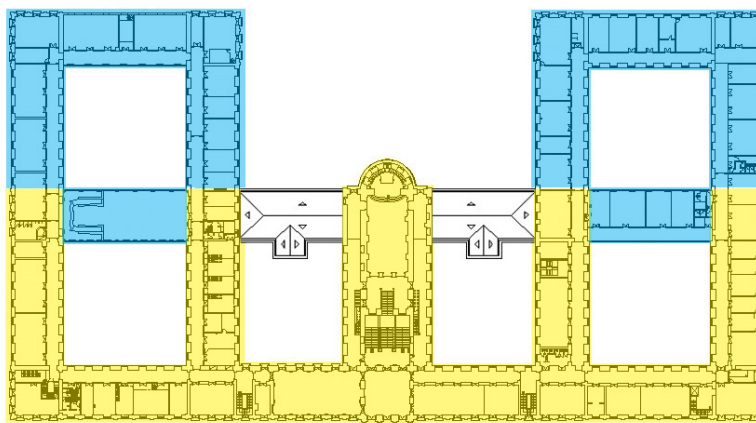


Figura 66– Planta do 2º pavimento (Levantamento 1993) A parte da construção marcada de amarelo constitui o volume construído em 1852. A parte marcada de azul corresponde aos acréscimos feitos em 1904. Fonte: Hoirisch, 2007.

³³¹ CALMON, 1952. p. 24.

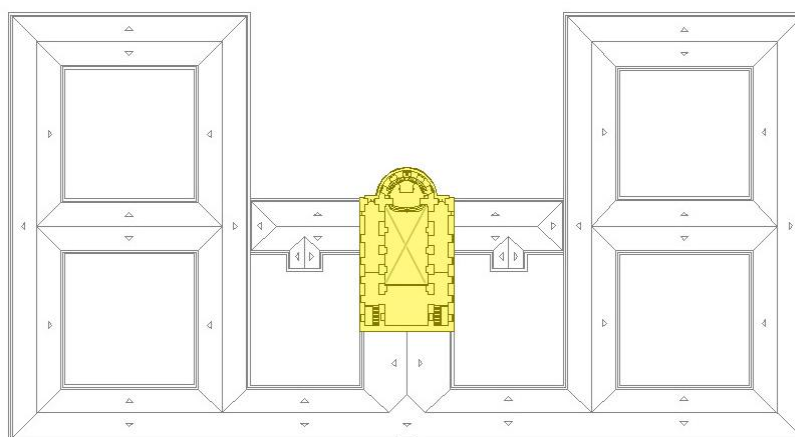


Figura 67– Planta do 3º pavimento (Levantamento 1993) A parte da construção marcada de amarelo constitui o volume construído em 1852. Fonte: Hoirisch, 2007.

A edificação possui fachada suntuosa e extensa, marcadas por janelas e cantarias que estabelecem o ritmo neoclássico. O corpo central é marcado por um pórtico, revestido de gnaiss bege, coroado por um frontão triangular. Gnaiss foi utilizado também no embasamento, nos pilares, nas ombreiras, nos peitoris, nas vergas, nas sobrevergas, na faixa de divisão entre pavimentos, nos óculos, nos patamares e nas escadarias da edificação. As galerias que interligam os pavilhões são amplas e voltadas para os pátios arborizados. O térreo possui quatro colunas de gnaiss com capitéis dóricos que sustentam a balaustrada de mármore branco. Entre as colunas há três vãos em arco pleno. O segundo pavimento possui uma loggia italiana – galeria – com quatro colunas de capitéis jônicos e três janelas com vãos em arco pleno. Os fustes das colunas são lisos e foram executados em uma única pedra³³² (ver Figura 68, Figura 69, Figura 70 e Figura 71).

O pórtico investido de cantaria apresenta uma escadaria de dez degraus. Quatro colunas de granito com capitéis dóricos sustentam uma balaustrada de mármore. Há três portas entra as colunas. No segundo pavimento erguem-se outras quatro colunas de ordem jônica, coroando o corpo um frontão reto e havendo no tímpano as armas imperiais trabalhadas em mármore. Há entre as colunas três janelas. Os corpos laterais constam de vinte janelas no primeiro pavimento, cuja arquitetura é da ordem dórica do Teatro de Marcelo, em Roma. O segundo pavimento é da ordem jônica, sob sistema do templo de Minerva Políada da Grécia. Tem vinte janelas, das quais treze têm sacadas de grades de ferro e sete são arqueadas. Têm todas varões de ferro. Um ático ornado de estátuas e de vasos de mármore oculta o telhado do edifício, dando mais beleza ao prospecto do monumento. Há, nas faces laterais, treze janelas em cada pavimento. Veem-se no fundo quatro torreões com três janelas em cada pavimento; no centro a rotunda da capela, e ligando os torreões, corpos de um só pavimento com seis janelas cada uma³³³.

³³² HOIRISCH, Marisa. *Palácio Universitário: Materiais e técnicas construtivas*. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2007. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – UFRJ/PROARQ/Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2007. p. 26-27.

³³³ SILVA, A.C. Pacheco. Pedro II, Grande Protetor dos Insanos. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, ano 13º, Vol. XI, 1967. p. 155-156.



Figura 68 – Pórtico de entrada em Gnaisse Bege, com três portas de entrada e três janelas na galeria superior. Fotografia: Bira Soares, 2002. Fonte: Calmon, 2004.



Figura 69 – Galeria de acesso aos quartos do piso superior. Destacam-se as portas em madeira, o assoalho em madeira de lei e parede ornada com azulejos portugueses. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 70 – Estátuas e Grandes Vasos Ornamentais que ornem a platibanda. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.

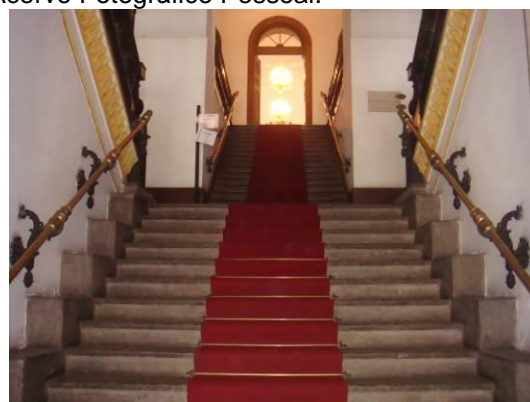


Figura 71 – Escada principal projetada por José Maria Jacinto Rabelo. Fotografia: Marisa Hoirisch (2007). Fonte: Hoirisch, 2007.

Apesar do plano geral ser de autoria do engenheiro-arquiteto Domingos Monteiro, foi Joaquim Cândido Guillobel que quebrou a monotonia da fachada com o pórtico central. O telhado é disfarçado pela platibanda, característica das construções neoclássicas, e é arrematada por estátuas de louças e grande vasos ornamentais. No interior o marco central da arquitetura é a escadaria idealizada por José Maria Jacinto Rabelo. Os corredores foram

ornados com azulejos portugueses e piso em madeira de lei, formando um conjunto harmônico com os pátios internos ajardinados³³⁴.

Na época da inauguração foram ainda encomendadas estátuas de mármore Carrara, uma para representar a ciência, uma para representar a caridade, uma do Imperador D. Pedro II, uma do provedor José Clemente Pereira, uma de São Pedro Alcântara, padroeiro do Império, uma de Pinel e uma de Esquirol, os mestres da psiquiatria francesa do século XIX. Essas duas últimas ficavam localizadas no saguão de entrada e representavam a divisão dos sexos, pois Pinel marcava a ala masculina e Esquirol a ala feminina³³⁵. As estátuas da Ciência e da Caridade eram representadas por alegorias femininas e simbolizavam o compromisso de prestar assistência médica aos pobres³³⁶ (ver Figura 72 e Figura 73).



Figura 72 – Estátua Deusa da Caridade
Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 73 – Estátua Deusa da Ciência
Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.

O projeto de uma edificação asilar é diferente de uma edificação comum, pois a distribuição interna pode auxiliar na cura e tratamento da loucura ou incentivar os delírios e impossibilitar a recuperação. A circulação de doentes deve ser controlada, um contato organizado entre

³³⁴ LEMES LOPES, José. A Psiquiatria e o Velho Hospício. Rio de Janeiro: Conferência publicada no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, n. 14. 1965. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/historia/galeria/a_psiquiatria_e_o_velho_hospicio.pdf>. Acesso em: 11/06/2014. p. 3

³³⁵ Ibid. p. 3.

³³⁶ LOPES, A. A. L. Inventário: Palácio Universitário. In: PORTO, A. (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, mídia digital, 2008. p. 3.

peessoas do mesmo sexo, classe e tipo de comportamento. No Hospício a cura está na sua própria arquitetura, na organização do seu espaço e na localização do insano nos seus ambientes.³³⁷

A obra durou mais de dez anos, sendo concluída em 5 de dezembro de 1852, quando foi inaugurada com a presença do Imperador Dom Pedro II. Com as mudanças majestosas em sua arquitetura, o prédio assumiu a forma de Palácio. O Hospício estava pronto para exercer os processos médicos-disciplinares e manteve-se como um palácio suntuoso onde eram alojados e tratados os loucos do Império e posteriormente da República.³³⁸

Apesar da inauguração em 1852, o Relatório de 1854 do Dr. Manoel José Barbosa, o primeiro médico do Hospício, afirma que apenas nessa data todas as obras e pinturas foram finalizadas. Com o término da obra foi possível estabelecer as duas grandes divisões sexuais do hospício, os homens ocupando a ala esquerda e as mulheres a ala direita. Como cada sexo ocupa uma ala específica da edificação, não há comunicação entre eles, o que facilita o trabalho dos enfermeiros na vigilância dos doidos e das doidas³³⁹. O pavimento térreo era destinado aos loucos furiosos e onde eram recebidos os doentes pouco asseados e os escravos. Na ala direita do prédio ficavam localizadas, junto ao vestíbulo, a secretaria e a rouparia. Contava ainda com um refeitório para os pensionistas e outro separado para os insanos de terceira classe³⁴⁰. O hospício conta ainda com cozinha e despensa bem estruturada, salas de costura, alfaiataria, capela e casas de banho compartilhadas entre homens e mulheres. Os jardins são os pontos principais da edificação, onde os internos podem passear todos os dias, pela manhã e tarde. Esses exercícios auxiliavam no controle dos internos, deixando-os mais calmos e prevenindo delírios³⁴¹.

A principal crítica da época à arquitetura do hospício foi a falta de elementos de vigilância relevantes. Faltavam torres de vigilância no centro do pátio onde ficavam os doentes mais agitados. A vigilância do hospício era constituída com uma rede de olhares que se estendia por toda a edificação e não era espacialmente localizada³⁴².

O modelo ideal para edificações onde era necessário exercer vigilância sobre os internos era o Panóptico, desenvolvido por Jeremy Bentham em 1787. O modelo Panóptico tinha o propósito de *“punir o incorrigível, encerrar o insano, reformar o viciado, confinar o suspeito,*

³³⁷ MACHADO, 1978, p. 433-434.

³³⁸ ELIA, 1996. p. 12-13.

³³⁹ BARBOSA, Manoel José. Relatório e Estatística do Hospício de Pedro Segundo, desde o 1º de julho de 1854 até 30 de junho de 1855, pelo Dr. Manoel José Barbosa, 1º médico do mesmo Hospício. In: *Annaes Brasileenses de Medicina*. Vol. 10. N. 5 – Julho de 1856 P. 98. Disponível online em: <http://memoria.bn.br/pdf/062014/per062014_1856_00005.pdf>. Acesso em 11/06/2014.

³⁴⁰ HOIRISCH, 2007, p. 15.

³⁴¹ BARBOSA, 1856, p. 99.

³⁴² MACHADO, 1978, p. 435.

empregar o desocupado, manter o desassistido, curar o doente, instruir o que estejam dispostos”. Ele foi aplicado em prisões, casas de correção, manufaturas, hospícios, hospitais e escolas³⁴³. O edifício idealizado por Bentham é circular, vazado por largas janelas que abrem-se para a parte interna e no centro localiza-se uma torre de vigilância. “Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar”³⁴⁴ (ver Figura 74 e Figura 75).

A principal vantagem da forma circular do Panóptico é o da inspeção, que pode ser feita de forma mais fácil e menos custosa, onde há a sensação de onipresença do inspetor³⁴⁵. O Panóptico induz interno a um estado de permanente de visibilidade e assegura o funcionamento automático do poder do vigilante. Para Foucault o Panóptico funciona como uma espécie de laboratório de poder³⁴⁶.

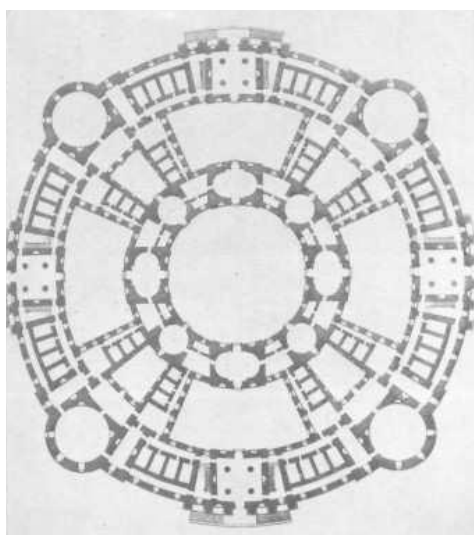


Figura 74 – Planta do Panóptico. As celas ou aposentos se localizam na parte exterior do círculo e a vigilância localiza-se no centro. Fonte: Foucault, 1987.

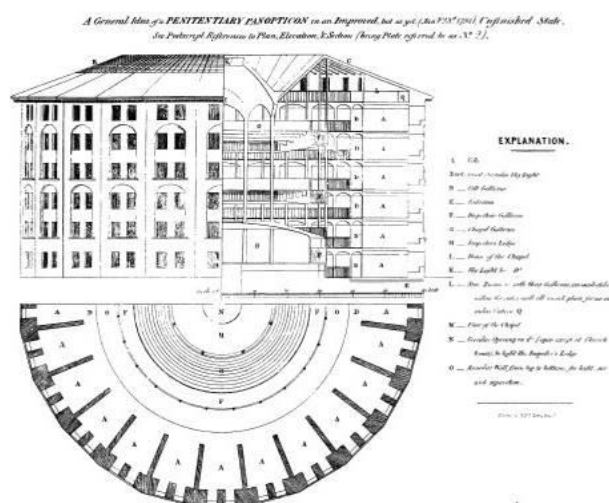


Figura 75 – Modelo geral de uma Penitenciaría. O modelo radial do prédio é a melhor forma de manter os encarcerados sob vigilância constante. Fonte: Bentham, 1843.

A edificação do Hospício de Pedro II, apesar de localizar na parte central a administração do hospício, o seu modelo arquitetônico linear está muito longe do que poderia representar um modelo ideal de vigilância (o Panóptico). O único princípio que se pode relacionar ao princípio de Bentham é o da constante inspeção, que ocorria no hospício através da vigilância dos enfermeiros e do médico³⁴⁷.

³⁴³ BENTHAM, Jeremy; et. al. *O Panóptico*. Organização de Tomaz Tadeu; traduções de Guacira Lopes Louro, M. D. Magno, Tomaz Tadeu. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p. 20-24.

³⁴⁴ FOUCAULT, 1987. p.163.

³⁴⁵ BENTHAM, 2008. p. 30.

³⁴⁶ FOUCAULT, 1987. p. 169.

³⁴⁷ MACHADO, 1978. p. 436.

Apesar das diferenças do modelo Panóptico, o Hospício de Pedro II foi muito elogiado na época de sua construção, sendo situado afastado do centro, em ambiente com vasta paisagem natural. O engenheiro arquiteto Domingos Monteiro inspirou-se em instituições europeias para projetar o hospício, mas adaptou a arquitetura ao clima brasileiro, planejando cômodos maiores e tetos altos, para amenizar as condições climáticas no interior da edificação. Para Teixeira Brandão, apesar de todos os problemas que a edificação apresentaria ao longo dos anos, esse era um “*edifício suntuoso e digno de admiração*”³⁴⁸.

2.3. O Funcionamento do Hospício de Pedro II

O hospício possuía a finalidade exclusiva de asilo, tratamento e curativo dos alienados, de ambos os sexos, sem distinção de condição, naturalidade e religião. Os internos eram divididos em pensionistas, aqueles que tinham condições de pagar as despesas de seu tratamento; e em gratuitos, que eram os indigentes, os escravos de senhores que não tinham recursos para o seu tratamento e marinheiros de navios mercantes³⁴⁹. Os internos tratados no Hospício não formavam uma população homogênea, havia homens e mulheres, adultos e crianças, de diferentes classes sociais que se tratavam no local e possuíam os mais diversos tipos de loucura. Devido à multiplicidade de casos de loucura e tipos de doentes, a vigilância era essencial para a organização e um funcionamento adequado do local.

Em 1856, o estabelecimento contava com apenas um médico, treze irmãs de caridade e doze enfermeiros para tratar de mais de 256 alienados. O serviço clínico ficava a cargo do médico responsável e as irmãs de caridade eram encarregadas da enfermaria, das salas de trabalho, rouparia, cozinha e despensa. Os enfermeiros ficavam sob inspeção das irmãs de caridade e eram responsáveis por todo o trato com os loucos, banhos, passeios, alimentação e pela vigilância³⁵⁰.

A planta do hospício foi concebida para dividir os doentes em três classes sociais distintas. Os insanos de família abastada faziam parte da primeira classe, onde ficavam internos em quartos individuais. A segunda classe era formada por quartos duplos, onde dormiam dois alienados. Já a terceira classe, caracterizada pelos doidos pobres e indigentes, eram enfermarias gerais com leitos para quinze pessoas. A distribuição dos doentes mentais ainda seguia a divisão de pensionistas de primeira e segunda classes em insanos tranquilos

³⁴⁸ BRANDÃO, João Carlos Teixeira. *Des établissements d'aliénés au Brésil*. In: Annales médico-psychologiques [23 nov. 1883]. Paris, n°11, 1884, p. 277-283. Disponível em: <<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?p=277&cote=90152x1884x11&do=page>> . Acesso em: 11/06/2014.

³⁴⁹ ELIA, 1996. p. 17.

³⁵⁰ BARBOSA, 1856. p. 100.

ou agitados, e os doentes de terceira classe eram separados segundo seu estado de tranquilidade, limpeza e se estavam afetados por doenças contagiosas³⁵¹.

Os alienados eram distribuídos no Hospício segundo o valor que pagavam por seu pensionato (ver Figura 76, Figura 77 e Figura 78). A primeira classe tinha direito a quarto individual e tratamento especial, eram aqueles que podia pagar dois mil de réis (2\$000). A segunda classe era internada em quarto para dois alienados e também possuía tratamento especial, com o valor mensal de mil e seiscentos réis (1\$600). A terceira classe correspondia às enfermarias, com quinze leitos, destinados às pessoas livres e escravos que só podiam pagar mil réis (1\$000) e oitocentos réis (\$800), respectivamente³⁵².

Os alienados só eram internados no Hospício de Pedro II após uma análise de requisição oficial de autoridades públicas ou requisições de familiares. Esse procedimento tinha como objetivo evitar abusos contra a liberdade e a segurança dos indivíduos, que poderiam ser dados como alienados sem na verdade o serem. Após a confirmação do estado de insanidade do louco, ele seria internado e tratado no estabelecimento. Era de praxe também fazer visitas ao leito do alienado para investigar o verdadeiro estado mental e grau de recuperação dele. A alta só poderia ser dada a um paciente que tivesse se curado por completo, com exceção dos pensionistas que poderiam ser libertados caso a família ou responsável fizesse a requisição e quitasse as despesas vencidas³⁵³.

A vida dos internos no hospício não podia ser ociosa. O trabalho e a diversão eram vistos como um tratamento moral (ver Figura 79, Figura 80 e Figura 81). Na monomania e na mania ele distrai o alienado, evitando posteriores acessos³⁵⁴. O tempo ocioso era considerado a causa das crises e da manifestação dos delírios dos loucos. O isolamento da sociedade não visava apenas a exclusão do doente mental, mas também uma possibilidade de cura e reinserção dele na sociedade através de um tratamento eficaz³⁵⁵.

Fora das horas de descanso que serão marcadas no Regimento Interno, os alienados cujas circunstâncias o permitirem, serão entretidos em ocupações de instrução e recreio e em trabalhos manuais nas oficinas e no serviço do Estabelecimento, seus jardins e chácaras, na conformidade das prescrições dos respectivos facultativos, e com as devidas preocupações; tendo-se em vista, na escolha e designação dos trabalhos, e na maneira de os dirigir, a cura dos alienados e não o lucro do estabelecimento³⁵⁶.

O trabalho dentro do espaço asilar trazia benefícios para o próprio Hospício, facilitando a sua manutenção e funcionamento. Os alienados trabalhavam na confecção das próprias

³⁵¹ MACHADO, 1978. p. 433.

³⁵² ESTATUTO do Hospício de Pedro II. Decreto nº 1077, de 4 de dezembro de 1852. p.2.

³⁵³ Ibid. p. 2-3.

³⁵⁴ Ibid. p. 118-199.

³⁵⁵ MACHADO, 1978. p. 439.

³⁵⁶ ESTATUTO do Hospício de Pedro II. 1852. p. 4.

roupas, lavavam e passavam toda a roupa, além disso, confeccionavam produtos que podiam ser vendidos e transformados em renda para o local. Eles poderiam trabalhar também na alfaiataria, nos serviços de jardim, nas obras, no refeitório preparando as refeições e na limpeza e manutenção do hospício. Porém o trabalho era apenas aplicado aos doentes de terceira classe. Os pensionistas não eram submetidos ao trabalho e a sua distração para fugir da ociosidade eram os passeios, a leitura, os jogos, entre outras diversões³⁵⁷.



Figura 76 – Dormitório de epiléticos, com camas especiais. Fonte: Brasil, 1904-1905.

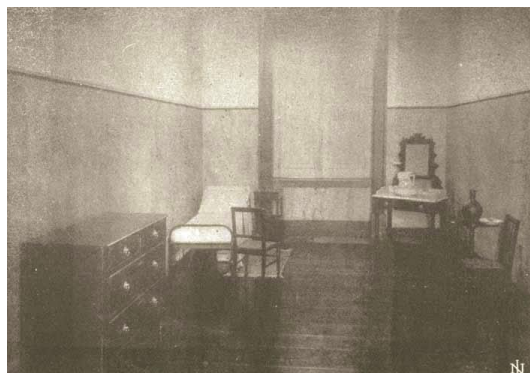


Figura 77 – Um quarto de pensionista. Fonte: Brasil, 1904-1905.



Figura 78 – Pavilhão dos Imundos. Fonte: Brasil, 1904-1905.



Figura 79 - Sala de costura. Fonte: Brasil, 1904-1905.

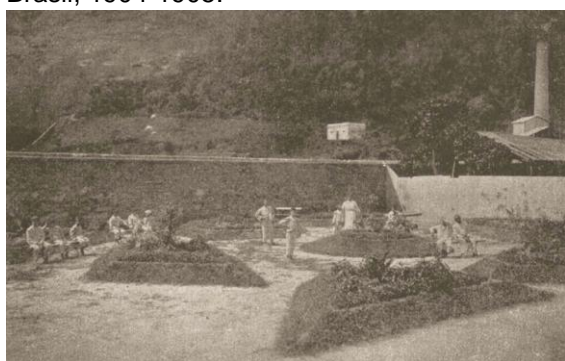


Figura 80 – Jardim Geométrico do Pavilhão Bourneville. Fonte: Brasil, 1904-1905.

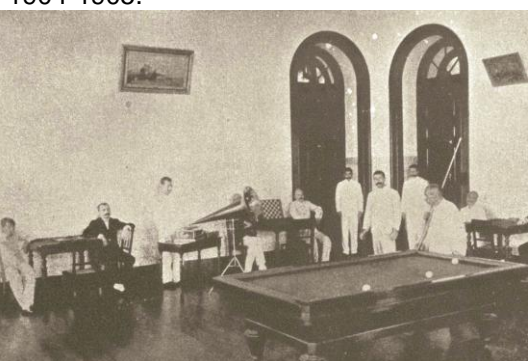


Figura 81 - Sala de diversão dos enfermos. Fonte: Brasil, 1904-1905.

³⁵⁷ BARBOSA, 1856. p. 119.

O trabalho era responsável por transformar o louco e agregá-lo à sociedade. O isolamento no asilo era um instrumento de terapia e cura da doença mental e o trabalho daquele que tivesse devidamente habilitado para isso, traria ganhos para o próprio e para a instituição que poderia usar do seu trabalho na manutenção dos ambientes. Dos trabalhos gerados na costura e na alfaiataria que poderiam ser vendidos, a metade da renda era entregue ao Tesoureiro do Hospício para ser aplicado nas despesas do próprio estabelecimento. A outra metade era guardada em cofre, sob responsabilidade do Administrador e da Irmã Superiora, para entregar ao interno sua parte correspondente quando ele recebesse alta e saísse curado³⁵⁸.

Para combater a alienação mental eram utilizados dois tipos de tratamento, o médico ou terapêutico e o higiênico e moral. Em casos de mania aguda, muitas das vezes o médico prescrevia procedimentos como: sangrias gerais feitas por sanguessugas ou ventosas no pé, no braço, em regiões próximas ao ânus e períneo, entre outras partes do corpo humano; havia o uso de laxantes, banhos mornos acompanhados de despejo de água fria sobre a cabeça³⁵⁹.

Os meios de repressão e tratamento usados no hospício eram apenas voltados para conseguir a docilidade. Não tinham como objetivo machucar o interno, porém algumas vezes foram registrados atos violentos cometidos contra os loucos pelos enfermeiros. Os únicos meios permitidos pelo Estatuto do Hospício de Pedro II eram: a privação de visitas, passeios e recreios; a diminuição da quantidade de alimentos, dentro de limites aceitáveis; reclusão solitária por até dois dias, com cama e alimentos prescritos pelo clínico; colete ou camisa de força, com ou sem reclusão solitária; e banhos de emborcação, desde que na presença do clínico ou de pessoa por ele autorizada³⁶⁰. O objetivo das punições eram constituir um corpo de alienados dóceis, obedientes, bem treinados e normatizados. Porém os meios repressivos eram amplamente utilizados com o propósito de obrigar alienados já formalizados à obediência. A disciplina à qual era submetido cada indivíduo internado representava uma forma de tomada de poder dos médicos e enfermeiros³⁶¹.

O grande problema do Hospício de Pedro II era a presença de apenas um único médico, fazendo com que os alienados, na maior parte do tempo, ficassem aos cuidados das irmãs de caridade e dos enfermeiros. Estes não possuíam capacidade de diagnóstico e não podiam fazer uma observação criteriosa nem uma orientação de tratamento. A presença do médico junto ao doente mental era ocasional, o que impediu que o hospício conseguisse o

³⁵⁸ ESTATUTO do Hospício de Pedro II. 1852. p. 4.

³⁵⁹ Ibid. p.103-104

³⁶⁰ MACHADO, 1978. p. 446.

³⁶¹ ELIA, 1996. p. 21-22.

conhecimento necessário sobre a loucura para chegar a níveis de cura e recuperação dos internos.

O tratamento asilar continuou em nível filantrópico até as proximidades da república, quando o monopólio das irmãs foi quebrado e Teixeira Brandão assumiu como médico diretor do hospício. Em 1890 as irmãs de caridade foram substituídas por enfermeiras leigas que foram contratadas da Europa³⁶². A prática asilar do Hospício de Pedro II só conseguiu se estruturar como disciplina médica a partir de 1890, pois durante a segunda metade do século XIX, a instituição foi deficiente no processo terapêutico e foi incapaz de se transformar em instrumento de produção e extração do saber. A carência de condições materiais e técnicas adequadas, além da falta de administração apropriada, que submetia os médicos às Irmãs de Caridade, e a superlotação, impediram que o Hospício de Pedro II se transformasse em um “instrumento de saber e cura” da alienação mental no Brasil³⁶³.

2.4. Decadência do Hospício de Pedro II

Em 1882 foi criada, através da Lei nº 3141, de 30 de outubro, a cadeira de psiquiatria na Faculdade de Medicina do Império. O médico João Carlos Teixeira Brandão assumiu a cátedra da Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas. Em 1884 assumiu como alienista do Hospício de Pedro II, tornando-se diretor em 1887³⁶⁴. As primeiras grandes mudanças no Hospício aconteceram sob a direção de Teixeira Brandão.

Teixeira Brandão era crítico da situação do hospital no final do século XIX. Ele afirmava que o hospício não acompanhava os progressos da ciência psiquiátrica, pois os doentes não eram observados rigorosamente durante o tratamento. O hospício não caracterizava um instrumento científico, porque faltava hierarquia de poder entre o médico, as irmãs de caridade e os enfermeiros³⁶⁵.

Não é na falta de aparelhos hidroterápicos e eletroterápicos, como acredita muita gente, que supomos residir a principal causa do atraso do Hospício, mas na organização do serviço médico e, principalmente, nas funções do diretor. Com algum sacrifício pecuniário, a administração poderá adquirir todos os instrumentos indispensáveis ao tratamento das afecções mentais, poderá reformar algumas divisões do Hospício, colocando em melhores condições higiênicas, mas nem por isso terá destruído o vício radical que se opõe ao se adiantamento científico³⁶⁶.

³⁶² MACHADO, 1978, p. 458-466.

³⁶³ ELIA, 1996. p. 22.

³⁶⁴ ALVES, Lourence Cristine. *O Hospício Nacional de Alienados: terapêutica ou higiene social?* – Rio de Janeiro, 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010. p.42

³⁶⁵ MACHADO, 1978. p. 471.

³⁶⁶ BRANDÃO, João Carlos Teixeira. *Os alienados no Brasil*. Rio de Janeiro, 1886. p.72 *apud* MACHADO, 1978. p. 472.

Apesar da especificação no Regimento Interno do Hospício, a aceitação de pacientes não seguiu as normas, pois o corpo de internos deveria ser composto apenas por loucos curáveis. Não deveriam ser admitidos os idiotas, os imbecis, os epiléticos, entre outros doentes, que são considerados incuráveis e podem conviver inofensivamente no seio de sua família. Porém no final do século XIX, a maioria dos loucos residentes no hospício era considerada incurável. *“Em grande número são enviados para o Hospício por terem se tornado incômodos para a família e a coletividade, quando as possibilidades de cura já não mais existem”*³⁶⁷.

As características de instituição privada e fechada sobre si mesmo, dava ao hospício uma característica de ineficiência e desorganização. Não era possível internar o louco sem passar por aprovação da Irmandade, o que gerava uma população insana livre pelas ruas do Rio de Janeiro. Quando eram finalmente internados, os loucos não eram classificados adequadamente o que dificultava a cura de sua enfermidade mental. A partir do século XX tornou-se cada vez mais necessário criar hospícios de características diferentes, que levassem em conta o tipo de loucura e se ela era curável ou não³⁶⁸.

Teixeira Brandão reivindicava mudanças racionais e buscava transformar o hospício em lugar de tratamento científico que pudesse proporcionar a cura da alienação. Ele denunciou inúmeras vezes a superlotação e a falta de estrutura³⁶⁹. Em janeiro de 1890, o decreto nº 142-A, de 11 de janeiro de 1890, desanexou o Hospício de Pedro II da Santa Casa da Misericórdia, mudando seu nome para Hospital Nacional dos Alienados³⁷⁰. A modificação do nome e a transferência da responsabilidade do hospício transformaram o perfil da assistência dos alienados no Brasil e trouxe mudanças profissionais, institucionais e legislativas significantes³⁷¹.

Em 1890 começam a surgir as primeiras colônias rurais para alienados, as Colônias Conde de Mesquita e de São Bento, criadas para resolver o problema de superlotação de pobres e miseráveis que estavam internados no hospício. Essas Colônias eram reservadas para alienados indigentes e capazes de executar trabalhos braçais, para atuar principalmente na atividade agropecuária e na produção manufatureira. No fim do século XIX e início do século

³⁶⁷ MACHADO, 1978, p. 474.

³⁶⁸ Ibid. p. 474-477.

³⁶⁹ ALVES, 2010. p.42

³⁷⁰ BRASIL, Decreto nº 142-A. de 11 de janeiro de 1890. Desanexa o hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional dos Alienados. Coleção de Leis do Brasil – 1890 vol. 1 fasc. 1. p. 23.

³⁷¹ ALVES, 2010. p.43.

XX o modelo de colônias agrícolas começou a ser predominante para o tratamento da insanidade³⁷².

Teixeira Brandão foi eleito deputado federal pelo Estado do Rio de Janeiro em 1903 e foi o responsável pela aprovação da lei dos alienados. O Decreto nº 1132 de 22 de dezembro de 1903, estabelecia que apenas o hospício era o lugar apto para receber e tratar o alienado e a sua internação deveria ser apenas subordinado ao parecer do médico. O decreto ainda regulamentava a situação dos loucos tratado em domicílio, regulamentava a psiquiatria no interior do asilo de alienados, subordinava os estabelecimentos ao Estado e criava uma comissão inspetora dos estabelecimentos. *“Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido”*³⁷³. O texto do Decreto ainda estabelece condições físicas e operacionais que cada hospício, asilo ou casa de saúde para tratamento de alienados deve ter. A primeira condição é que toda instituição deve ser dirigida por profissional habilitado e este deve residir no local para acompanhar mais de perto a situação dos internos. O edifício deve ser instalado em local salubre e com dependências que permitam o passeio ao ar livre. Deve, antes de qualquer coisa, separar os alienados por sexo, e classificar os doentes segundo a natureza de sua loucura. E por fim deve garantir a idoneidade dos serviços clínicos e administrativos prestados³⁷⁴.

Com a saída de Teixeira Brandão, em 1903, o Dr. Juliano Moreira assume a diretoria do Hospital Nacional dos Alienados e com ele trouxe importantes mudanças estruturais. O novo diretor humanizou o espaço de terapêutico, retirando as grades e correntes, e realizou a grande reforma de 1903, que aumentou a área do hospício, ampliando os pavilhões. A reforma tinha o objetivo de direcionar o trabalho no hospício às pesquisas em psiquiatria, além do que possibilitou o aumento no número de internos³⁷⁵ (Figura 82). É possível notar a humanização do hospício, resultado das reformas do Dr. Juliano Moreira, no relato de Maurício de Medeiros, em 1904:

Minha impressão foi de deslumbramento O edifício estava admiravelmente conservado. Havia como nota dominante a preocupação de eliminar do Hospital o aspecto de prisão. Todas as grades haviam sido retiradas. Os quartos fortes transformados em quartos de isolamento. Nas enfermarias havia jarros de flores que se substituíam todos os dias.³⁷⁶

Apesar das reformas e da humanização do hospício, o número de internos só aumentava. O hospício abrigou 144 internos no primeiro ano de sua criação³⁷⁷ e em 1º de janeiro de 1924,

³⁷² ALVES, 2010, p. 43.

³⁷³ MACHADO, 1978. p. 484.

³⁷⁴ BRASIL, Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro, 24 dez. 1903, Seção 1, p. 5853.

³⁷⁵ LOPES, 2008. p. 2.

³⁷⁶ LEMES LOPES, 1965. p. 4.

³⁷⁷ LOPES, 2008. p. 2.

abrigava 1363 doentes, todos internos e utilizando de um espaço que não passava por reformas desde 1903 ³⁷⁸.

Reformado há 20 anos, tendo durante este tempo visto passar por suas salas mais de 40 000 pacientes, dos quais a maior parte exerceu sobre as paredes e pavimentos do edifício suas mórbidas tendências danificadoras, se é de admirar não fossem mais acentuadas os estragos referidos ³⁷⁹.

Os serviços de banho, inaugurados pela reforma de e ampliação do hospício em 1904, já se mostravam danificados devido ao excesso de usuários e falta de manutenção. Já na segunda década do século XX, o hospício contava com outros serviços prestados aos alienados como cirurgia, oftalmologia, fisioterapia, serviço dentário, farmacêutico e de laboratórios ³⁸⁰.

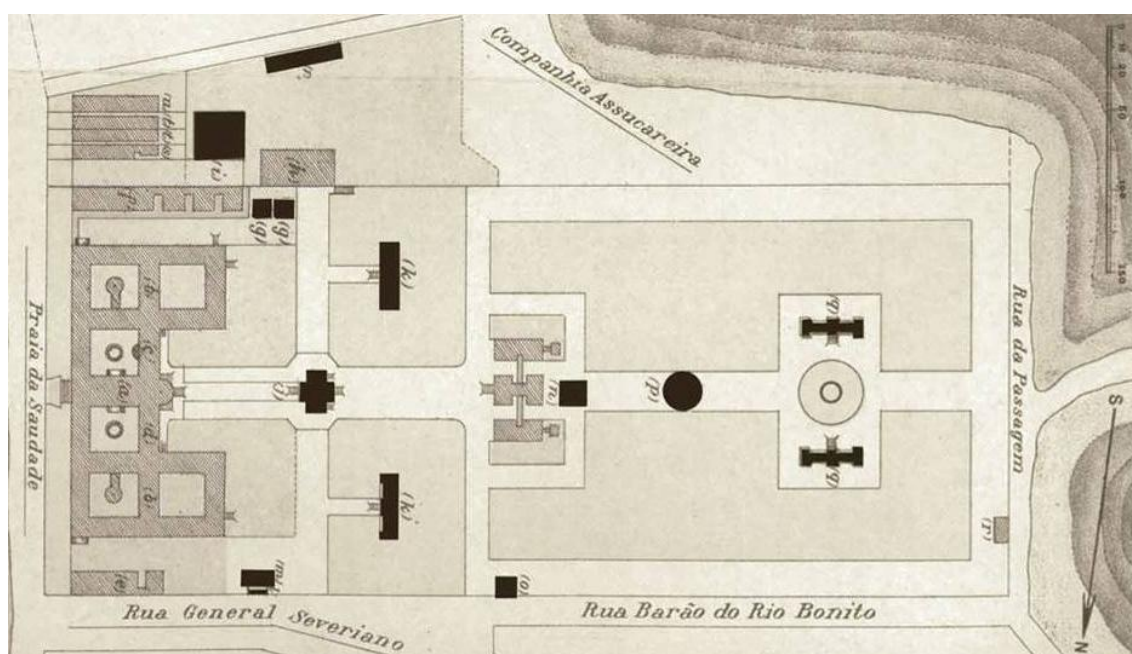


Figura 82 - Plano Geral do Hospício de Pedro II. Fonte: Brasil, 1904-1905.

Legenda:

- | | |
|--|---|
| (a) Diretoria, administração e serviço sanitário | (l) Casa de acumuladores |
| (b) Doentes pensionistas e indigentes | (m) Usina elétrica |
| (c) Serviço de cirurgia | (n) Pavilhões de observações |
| (d) Farmácia | (o) Necrotério |
| (e) Pavilhão de imundos homens | (p) Oficinas |
| (f) Pavilhão de imundas mulheres | (q) Pavilhões para doenças intercorrentes |
| (g) Galpão de abrigo | (r) Casa de guardas e chacareiros |
| (h) Lavanderia | (s) Casa dos internos |
| (i) Pavilhão Bourneville | (t) Médico dos pavilhões de observações |
| (j) Cozinha e copas | (t') Residência Diretor do Hospício |
| (k) Pavilhões para epiléticos | (u) Residência Administrador do Hospício |
| | (u') Telheiro enxugadouro |

³⁷⁸ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ministro (Dr. Affonso Penna Junior). Relatório correspondente ao ano de 1924. Rio de Janeiro. Imprensa Nacional. 1926. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2325/contents.html>>. p. 106-107.

³⁷⁹ BRASIL, 1926, p. 107.

³⁸⁰ Ibid. p. 110-112.

A partir do século XX, o hospício passou a acolher cada vez mais doentes, tornando o ambiente inadequado para o tratamento dos mesmos. Essa situação persistiu até 1944, ano em que os doentes foram transferidos para a Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá. A transferência do tratamento dos alienados para a colônia rural foi responsável pela extinção das atividades do Hospício de Pedro II.

A arquitetura do Hospício era considerada monumental e imponente, mas alguns especialistas da época consideravam que seu plano arquitetônico era pouco eficiente. O Dr. Gustavo Balduino Moura e Camera, um dos diretores do Hospício, escreveu em seu Relatório em 1877-1878, o seguinte:

É forçoso confessar as numerosas imperfeições que se notam no plano arquitetônico do Hospício de Pedro Segundo: aí a arte esqueceu a ciência; sua construção é imponente e monumental, porém peca pelo lado científico de sua missão, [...] ³⁸¹.

Para ele o hospício era um “*caos de concepções delirantes*”, pois a arquitetura deveria permitir o estudo das doenças e não apenas exercer o papel de separação que as instalações terapêuticas permitem, como a divisão por sexo, classe social e estado de tranquilidade³⁸². O Dr. João Carlos Teixeira Brandão também criticava a arquitetura do Hospício, pois para ele a planta da edificação não representava a de uma instituição hospitalar. Para diversos médicos da época a edificação apenas apresentava em seu exterior riqueza arquitetônica e pecava em desempenho científico e funcionalidade. Além de todo problema da arquitetura não compatível com os objetivos médicos, o princípio de isolamento da edificação foi sendo quebrado ao longo dos anos. A Irmandade da Misericórdia foi permitindo a construção de edificações de administração nos terrenos vizinhos e conseqüentemente ocorreu o povoamento da região. O local tranquilo, com ar puro, silêncio e tranquilidade para o tratamento dos insanos foi desaparecendo, diminuindo as áreas de ar livre para passeios. Por fim, o hospício se transformou apenas em um refúgio para os loucos e deixou de possuir características de uma verdadeira instituição hospitalar com objetivo de curar a alienação³⁸³.

O Hospício de Pedro II, como primeira edificação construída no Brasil voltada para a internação de alienados, sofreu conseqüências do seu pioneirismo. O edifício não correspondeu às expectativas dos médicos quanto aos modelos teóricos desenvolvidos por Esquirol e às edificações contemporâneas a ele na Europa. Tanto a arquitetura hospitalar quanto a psiquiatria no Brasil passaram por um processo experimental durante o século XIX, a diferença entre eles é que apesar de ambos passarem por experimentações e hipóteses, a

³⁸¹ MOURA E CAMERA, Gustavo Balduino. *Relatório do médico diretor do Hospício de Pedro II, 1877-1878*, p. 10. *apud* MACHADO, 1978. p. 452.

³⁸² *Ibid.* p. 12 *apud* MACHADO, 1978. p. 453.

³⁸³ BRANDÃO, p.39-40 *apud* MACHADO, 1978. p. 452.

modificação na arquitetura dos edifícios é um processo lento e caro, e que, na maioria das vezes, não acompanha o desenvolvimento científico³⁸⁴.

A arquitetura também é uma experimentação – tanto quanto foi a Psiquiatria no século XIX. Mas a aferição de dados e formulação de hipóteses científica obedecem a uma dinâmica volátil, tal velocidade não é compartilhada pelas construções – e, em muitos casos, a arquitetura espelha uma realidade já anacrônica em relação ao desenvolvimento das ideias³⁸⁵.

A edificação do Hospício de Pedro II foi construída segundo os modelos neoclássicos, o que durante o século XIX configurava um padrão avançado de construção e ícone arquitetônico de modernidade. A monumentalidade de sua arquitetura não é considerada em si o problema do Hospício, afinal a sua beleza e ornamentação não interferem no seu funcionamento. O principal problema da edificação era a falta de compatibilização com a função de espaço hospitalar para alienados, a falta de organização do espaço que criava obstáculos ao tratamento dos insanos e dificultava a sua recuperação. Os pressupostos funcionais ordenados pela medicalização já estavam em discussão na Europa desde o século XVIII e não foram aplicados no plano de construção do Hospício, o que o tornou pouco propício à gestão do poder médico e consequentemente o levou a decadência durante o século XX³⁸⁶.

2.5. Formação da Universidade do Brasil: Da criação aos dias atuais.

O prédio construído originalmente para abrigar o Hospício de Pedro II funcionou como tal de 1852 até 1944. A partir dessa data as condições da construção não mais toleravam o uso como espaço hospitalar e de tratamento psiquiátrico. A grande quantidade de alienados internos no hospício e os problemas na sua arquitetura favoreceram o seu fechamento na década de 1940. Como dito anteriormente os doidos foram transferidos para a Colônia de Juliano Moreira em Jacarepaguá, fundada em 1924³⁸⁷.

Com o fechamento do Hospício de Pedro II e a transferência dos doentes mentais, o Palácio da Praia Vermelha ficou vazio entre os anos de 1944 a 1948. Durante esse período ele foi se deteriorando com a falta de manutenção e uso³⁸⁸. Em 1948, a edificação foi cedida pelo Ministério da Educação e Saúde para a Universidade do Brasil, atualmente conhecida como

³⁸⁴ SEGARA, Hugo. Casa de Orates. In: ANTUNES, Eleonora Haddad; BARBOSA, Lúcia Helena Siqueira; PEREIRA, Lygia Maria de França (org.). *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos de história brasileira*. São Paulo: EdUSP, 200. p. 63-64.

³⁸⁵ Ibid. p. 64.

³⁸⁶ Ibid. p. 64.

³⁸⁷ VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.35-52. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/03.pdf>>. Acesso em 24/06/2014. p.41-44.

³⁸⁸ LEMES LOPES, 1965. p. 4.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. A primeira direção da Universidade foi instalada em 1949. Em 1950, a ala direita foi restaurada e pode dar lugar a Escola Nacional de Educação Física. Em 1951 e 1952 a ala esquerda foi recuperada para dar lugar à Escola de Arquitetura e à Escola de Farmácia. Com o nome Palácio Universitário, a Universidade do Brasil inaugurou-se, naquele endereço, em 1952³⁸⁹.

A parte externa da edificação manteve-se a mesma e apenas adaptações e reformas internas foram feitas para adequar o espaço ao ambiente escolar. A principal mudança na fachada foi a colocação das letras de Bronze com os dizeres “Universidade do Brasil” e a colocação do símbolo da Universidade a Deusa Minerva no centro do frontão.

O tímpano helênico era originalmente ornado por armas imperiais trabalhadas em mármore. Com a extinção do Hospital de Alienados e a doação do prédio para a Universidade, a reitoria encaminhou requisição em 1948 ao SPHAN para retirada deste ornamento, substituindo-o, desde então, pelas letras em bronze do dístico “Universidade do Brasil” na frisa do entablamento pórtico³⁹⁰.

Como a edificação já era reconhecida como marco histórico da cidade, o reitor da Universidade do Brasil, Pedro Calmon, iniciou a requisição para o processo de tombamento em 1953. O tombamento pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional se concretizou em 1972. Várias melhorias foram feitas na Capela e no Salão Pedro Calmon entre 1972 a 1976. A Universidade do Brasil, em crescente expansão durante a segunda metade do século XX, investiu na construção da Cidade Universitária, localizada na Ilha do Fundão, na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Apesar da fundação da Cidade Universitária em 1972 e a transferência da Reitoria para a Ilha do Fundão em 1973, a Universidade do Brasil continuou a manter cursos de graduação e pós-graduação na edificação do antigo Hospício de Pedro II, agora conhecido como Palácio Universitário³⁹¹.

A Edificação do Antigo Hospício, localizada na Av. Pasteur, nº 250, hoje não fica mais de frente pro mar. Um aterro feito na praia para a instalação do late Clube do Rio de Janeiro retirou a vista para da praia que o palácio possuía. A vista atual das janelas do Palácio Universitário dá apenas para a avenida e para os barcos ancorados no late Clube. Apesar das mudanças no entorno, com a instalação de avenidas com alto tráfego de veículos, a edificação permanece bastante preservada. O seu conjunto tradicional inaugurado em 1852 e a ampliação de 1903 configuram-se como marco arquitetônico da região. A edificação possui patologias e estragos naturais do uso humano e da exposição à intempéries, e necessita de constante manutenção. A presença de pichações no gradil e sujidades,

³⁸⁹ HOIRISCH, 2007. p. 17-18.

³⁹⁰ Cx.0400, p. 1717 e Cx. 563, p. 1630, COPEDOC – Coordenação Geral de Pesquisa, Documentação e referência do Palácio Capanema *apud* HOIRISCH, 2007. p.27.

³⁹¹ HOIRISCH, 2007. p. 18.

manchas de umidade e descolamento de reboco na fachada demonstra que a restauração preventiva definida por Brandi, como a *“vigilância conservativa e salvaguarda do status quo da obra de arte”* não tem sido aplicada em sua totalidade. As paredes caiadas de branco apresentam muitas manchas de umidade, assim como a platibanda apresenta nascimento de vegetação em alguns pontos. A manutenção pelo uso cotidiano, como limpezas e pequenos consertos tem sido feita, mas aquela que preserva a beleza como a pintura e a recuperação dos ornamentos, tem sido deixada para segundo plano (Figura 83, Figura 84, Figura 85 e Figura 86).



Figura 83 – Gradil com muitas pichações e sujidades. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 84 – Gradil com muitas pichações e sujidades. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 85 – Paredes da Fachada com pintura desgastada e manchada. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 86 – Detalhe do frontão em Gnaiss Bege em bom estado de conservação. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.

Atualmente o Palácio Universitário abriga os Centros Acadêmicos de Ciências Econômicas e Jurídicas e de Filosofia e Ciências Humanas, além dos cursos de graduação da Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, do Instituto de Economia, da Escola de Comunicação, da Escola de Serviço Social e da Faculdade de Educação. Funciona também no Campus Praia Vermelha o Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Direitos Humanos Suely Souza de Almeida, o Fórum de Ciência e Cultura, a Editora UFRJ, o Sistema de Bibliotecas e Informação e a Biblioteca Pedro Calmon. Além de abrigar todos esses centros, faculdade e institutos, o campus abriga três Institutos que perpetuam a memória de hospício, são eles: o Instituto de Neurologia Deolindo Couto, o Instituto de Psiquiatria e o Instituto de Psicologia (Ver Figura 87, Figura 88, Figura 89 e Figura 90).



Figura 87 – Planta do Pavimento Térreo. Fonte: Hoirisch, 2007; Esquema da Autora.

Legenda:

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Hall | 7. Almoxarifado |
| 2. Sala de reunião | 8. Secretaria de pós-graduação |
| 3. Sala de professores | 9. Secretaria de graduação |
| 4. Sala dos estagiários | 10. Teatro de arena |
| 5. Diretoria | 11. Sala Anísio Teixeira |
| 6. Setor financeiro | 12. Sala de aula |

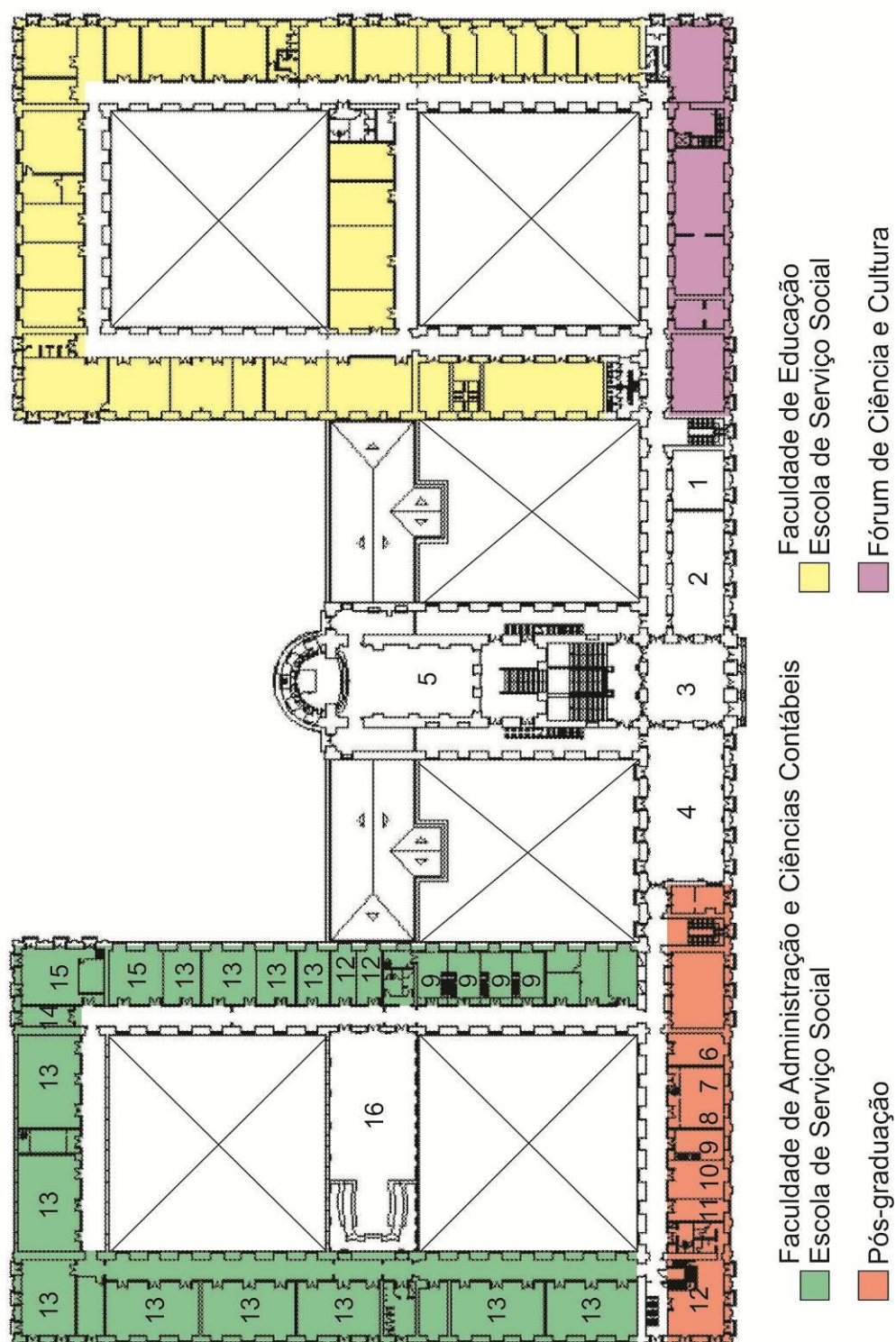


Figura 88 – Planta do Primeiro Pavimento. Fonte: Hoirisch, 2007. Esquema da Autora.

Legenda:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. Sala do quarteto | 8. Secretaria acadêmica |
| 2. Sala Moniz Aragão | 9. Sala dos alunos da pós-graduação |
| 3. Salão vermelho | 10. Sala da congregação |
| 4. Salão dourado | 11. Secretaria de pós-graduação |
| 5. Capela São Pedro de Alcântara | 12. Sala de professores |
| 6. Lab. de modelagem de sistemas contábeis | 13. Sala de aula |
| 7. Seção de pessoal | 14. Núcleo de computação audiovisual |
| | 15. Laboratório de informática |

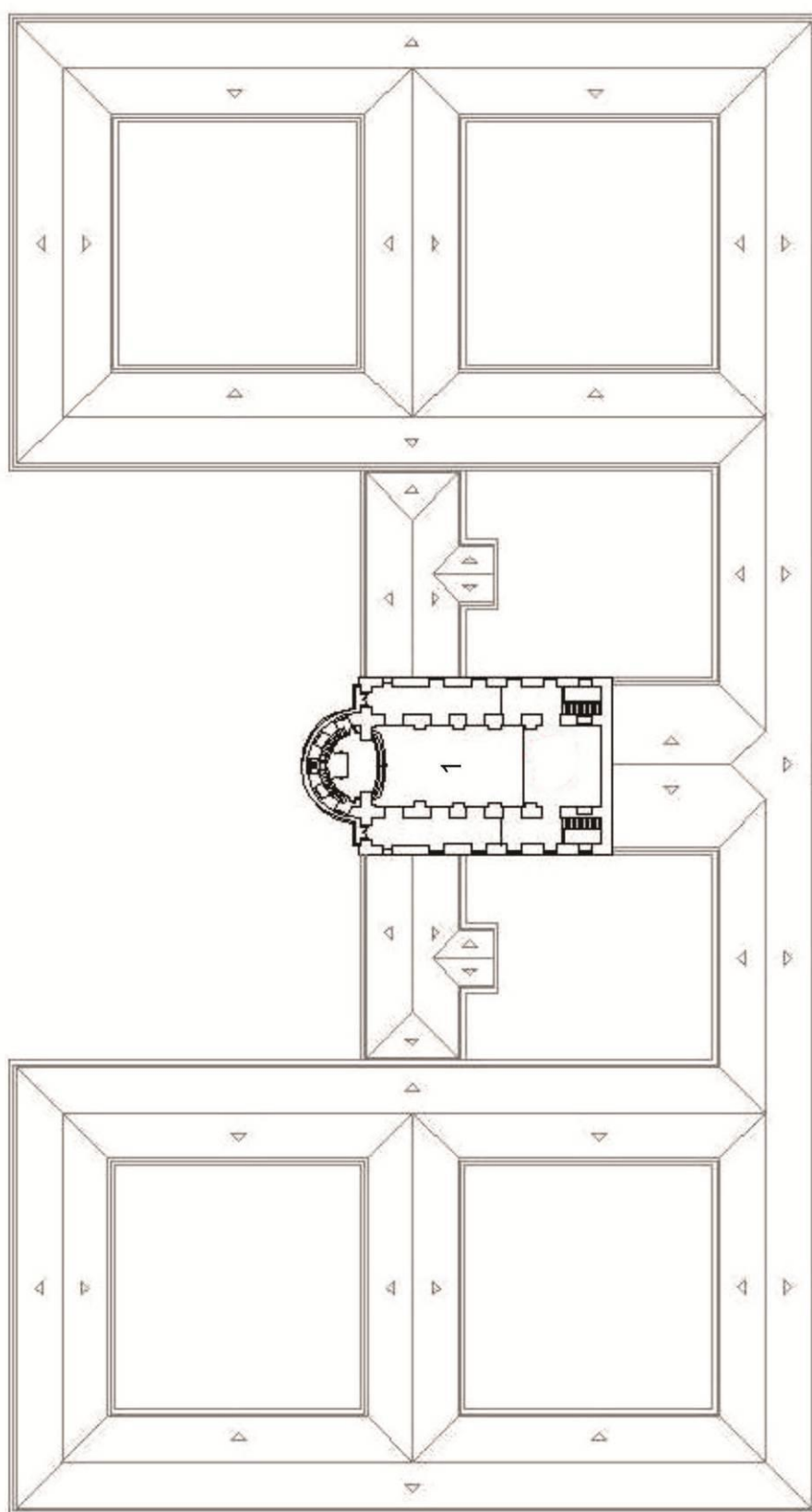


Figura 89 – Planta do Segundo Pavimento. Fonte: Hoirisch, 2007. Esquema da Autora.
Legenda:

1. Capela São Pedro de Alcântara – Atualmente destruída pelo incêndio de 28 de março de 2011.

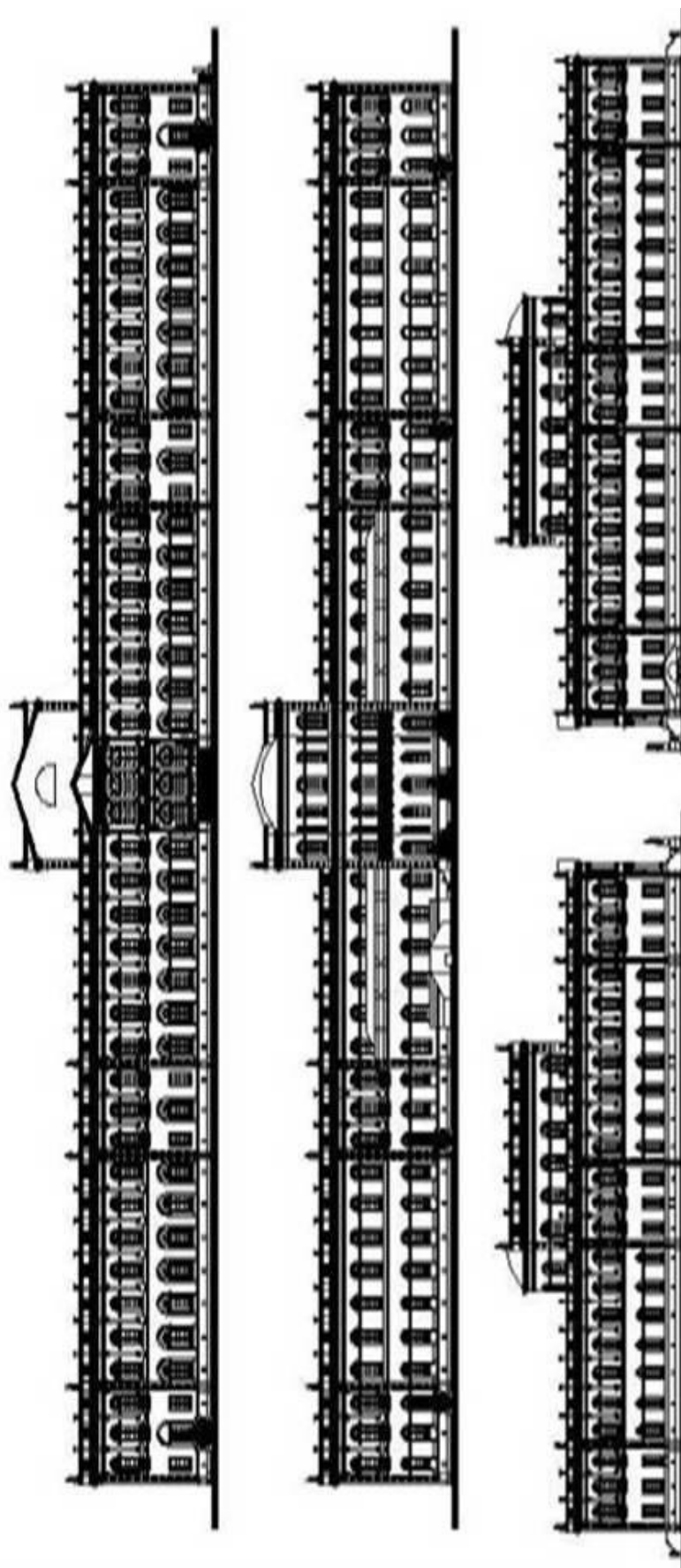


Figura 90 - Fachadas do Palácio Universitário. De cima para baixo: fachada principal (nordeste), fachada posterior, fachadas laterais. Fonte: Hoirisch, 2007.

O interior da edificação apresenta-se com inúmeros danos, porém ainda mantém grande parte de suas características estéticas. Os salões nobres que são espaços de rica ornamentação e grande valor histórico e estético são os que apresentam um bom estado de conservação e as poucas patologias apresentadas nesses espaços, como manchas no forro e sujidades nas paredes podem ser facilmente resolvidas com pequenas reformas, recuperação da pintura das paredes e manutenção e limpeza regular. No andar térreo destaca-se o Vestíbulo de Entrada, a Biblioteca Pedro Calmon e o Salão Anísio Teixeira. No segundo pavimento destaca-se a Sala do Quarteto, o Salão Moniz Aragão, o Salão Vermelho, o Salão Dourado e o Auditório Pedro Calmon (ver Figura 91, Figura 92, Figura 93, Figura 94, Figura 95, Figura 96, Figura 97 e Figura 98).

As galerias de acesso aos pavilhões apresentam forro danificado com muitas manchas e alguns azulejos portugueses danificados. De um modo geral apresenta-se em estado regular, mas pode ser observadas danificações no reboco, no piso e em alguns guarda-corpos da varanda. Os pisos de ladrilho hidráulico do piso térreo estão em estado regular, com poucas rachaduras. O assoalho de madeira de lei do andar superior está em bom estado, com poucas rachaduras e devidamente encerado (ver Figura 99, Figura 100, Figura 101 e Figura 102).

Os pátios internos ajardinados, apesar de belos e arborizados, apresentam muitas manchas de umidade nas paredes, grande quantidade de limo, pouco cuidado na poda e manutenção das plantas e a fonte de água no centro de alguns pátios não funciona mais. Um dos pátios foi transformado em Teatro Arena, muito usado atualmente pelos estudantes nas horas livres, a modificação do espaço foi muito fiel ao resto do prédio e não destoia dele. Apesar de ser mais novo, apresenta os mesmos problemas de manutenção que os outros pátios (ver Figura 103, Figura 104, Figura 105 e Figura 106).

Como é necessário para o uso atual da edificação foram instalados ar condicionados, elevadores, bebedouros e mais equipamentos que facilitam o uso do local. Foram instalados dois elevadores, um próximo ao Gabinete de Coordenação do Fórum de Ciência e Cultura e outro no Instituto de Economia, próximo ao Salão Dourado. Eles foram instalados para dar acesso ao pavimento superior, mas tem funcionamento restrito e só podem ser utilizados com devida liberação da direção. A adaptação dos elevadores dialoga bem com o prédio e não descaracteriza seu espaço, diferente do que acontece com a instalação dos aparelhos de ar condicionado nas janelas, que danifica as esquadrias e o seu funcionamento contribui para o aparecimento de manchas de umidade nas paredes, devido a precipitação de água (ver Figura 107, Figura 108, Figura 109 e Figura 110).



Figura 91 – Vestíbulo de Entrada. Fotografia: Marisa Hoirisch (2007). Fonte: Hoirisch, 2007.



Figura 92 – Biblioteca Pedro Calmon. Fotografia: Bira Soares (2002). Fonte: Hoirisch, 2007.



Figura 93 – Sala do Quarteto. Fotografia: Bira Soares (2002). Fonte: Calmon, 2004, p.58



Figura 94 – Salão Anísio Teixeira. Fotografia: Marisa Hoirisch (2007). Fonte: Hoirisch, 2007.

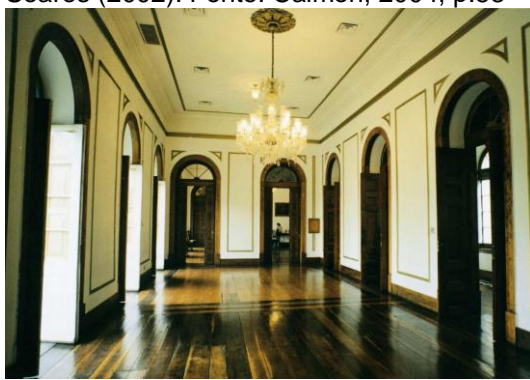


Figura 95 – Sala Moniz Aragão. Fotografia: Bira Soares (2002). Fonte: Hoirisch, 2007.



Figura 96 – Salão Vermelho. Fotografia: Bira Soares (2002). Fonte: Hoirisch, 2007.

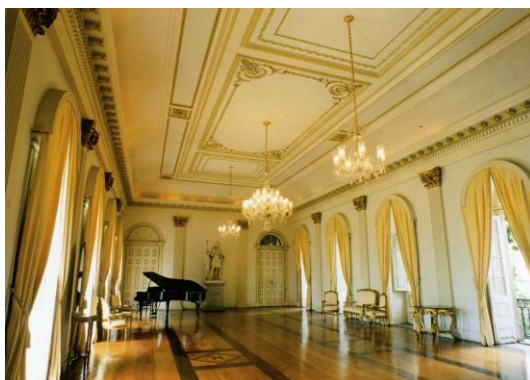


Figura 97 – Salão Dourado. Fotografia: Bira Soares (2002) Fonte: Hoirisch, 2007.

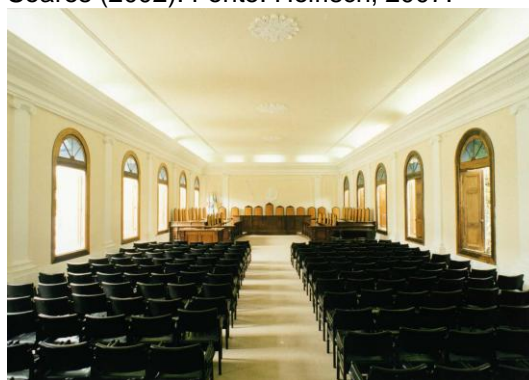


Figura 98 – Auditório Pedro Calmon. Fotografia: Bira Soares (2002). Fonte: Hoirisch, 2007.



Figura 99 – Azulejo Português com descolamento em várias partes dos corredores. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 100 – Assoalho em Madeira de lei em bom estado de conservação. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 101 – Piso em Ladrilho Hidráulico em estado regular de conservação, com danos apenas pontuais. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.

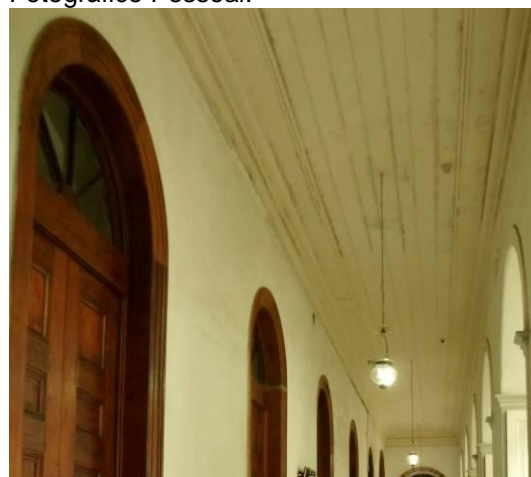


Figura 102 – Forro de madeira com manchas de umidade e desgaste na pintura. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 103 – Pátio do Fórum de Cultura e Ciência. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 104 – Pátio ajardinado transformado em Teatro Arena Carvalho Netto. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 105 – Pátio da Escola de Comunicação. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 106 – Pátio interno do Instituto de Educação. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 107 – Instalação do Bebedouro provocando infiltração e deixando manchas nos azulejos. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 108 – Instalação de aparelho de ar condicionado na bandeira da janela. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 109 – Elevador localizado no Instituto de Economia, próximo ao Salão Dourado. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 110 – Elevador próximo ao Gabinete de Coordenação do Fórum de Ciência e Cultura. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.

O principal problema da utilização da edificação antiga para um novo uso atual é que muitas das divisões internas são consideradas inapropriadas. Para resolver esse problema há inúmeras divisórias de gosto duvidoso que separam as secretarias, as salas de aula, entre outros diversos ambientes da faculdade. O mais apropriado seria estabelecer um padrão de divisórias que pudessem ser reconhecidas pelo usuário do prédio como adição não pertencente ao plano original, mas que conversasse com o antigo de maneira bela e adequada (ver Figura 111 e Figura 112).

A única parte da edificação que se encontra deteriorada é a Capela de São Pedro de Alcântara e o Salão Anísio Teixeira que foram destruídos durante o incêndio ocorrido em 28 de março de 2011. Estima-se que o início do incêndio tenha ocorrido durante uma obra, onde o maçarico aqueceu um tubo de cobre que incendiou a madeira que revestia a Capela. Todo o telhado foi destruído no incêndio e o bloco central correspondente a capela e o salão foram danificados (ver Figura 115 e Figura 116). Para estancar o local das chuvas, foi construído um telhado provisório de estrutura metálica e cobertura de polipropileno. A área atualmente está abandonada e aguarda verba para a reconstrução (ver Figura 115 e Figura 116).



Figura 111 – Divisórias baixas que separam os espaços em pequenas salas. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 112– Outro modelo de divisória usada no Palácio Universitário. Fotografia: Flávia Monteiro (2013) Fonte: Acervo Fotográfico Pessoal.



Figura 113 – Interior da Capela incendiada em 2011. Fotografia: Isabele Rangel (2013). Fonte: Notícias R7.



Figura 114 – Vista do telhado provisório. Fotografia: Isabele Rangel (2013). Fonte: Notícias R7.



Figura 115 – Vista superior onde é possível observar o estrago do incêndio e a destruição total da cobertura. Fotografia: Desconhecido. (2011). Fonte: Jornal O Dia, 2011.



Figura 116 – Interior do Palácio Universitário durante o incêndio que destruiu a Capela. Fotografia: Bira Soares e Enealdo Carneiro (2011). Fonte: Jornal O Globo, 2011.

A edificação do antigo Hospício de Pedro II, conforme pode ser observados nas figuras acima, possui problemas pequenos, que não comprometem a sua integridade física nos pavilhões laterais, e grandes problemas no pavilhão central. O estado de conservação dos pavilhões laterais é considerado regular, pois a degradação compromete apenas as qualidades físicas e estéticas e não a sua integridade estrutural. O comprometimento pode levar a perda de características, mas é uma recuperação simples, porém necessária. Já a parte central da edificação encontra-se péssima, pois apresenta problemas que comprometem a integridade da edificação. Como muito foi perdido no Incêndio e pouco foi feito desde então, essa parte do Palácio necessita de reconstrução urgente.

Apesar de manter o uso constante e a manutenção rotineira da edificação, os trabalhos de recuperação do monumento Palácio Universitário, não tem compreendido ações ordenadas em longo prazo. As reformas foram empreendidas em algumas áreas da construção sem dispor de um levantamento arquitetônico ou plano diretor, ou qualquer planejamento geral que pudesse incentivar a preservação eficaz e completa de todo o conjunto³⁹².

A edificação em si abriga bem o espaço escolar da Universidade Federal do Rio de Janeiro e a sua ocupação pós o fechamento do hospício foi o que garantiu a preservação de grande parte das características originais persistentes no conjunto. Como a edificação ficou fechada por apenas 6 anos, de 1944 a 1950, pouca coisa se deteriorou por falta de uso. O grande problema da edificação é o excesso de faculdades e departamento que se instalaram no local. Não há espaços suficientes para os alunos, os professores e os servidores que acabam por dividir os espaços excessivamente.

O uso educacional para uma edificação como o antigo hospício talvez seja a mais adequada dentro da proposta de mudança de uso. Os grandes salões e enfermarias se adéquam bem aos auditórios e as salas de aula necessárias em uma Universidade. Além disso, os hospitais psiquiátricos para internação não são mais permitidos atualmente, pois os pacientes psiquiátricos tratam-se junto a sua família. No caso do edifício do antigo Hospício de Pedro II não existe a possibilidade de volta ou manutenção do uso original de hospital para loucos.

A requalificação da edificação para adaptar a Universidade do Brasil não modificou o conjunto e o partido da edificação, mas retirou os principais símbolos do hospício e agregou dois outros que atribuíram ao conjunto outro significado. As estátuas da Deusa da Caridade e da Deusa da Ciência continuam expostas na frente da edificação e apresentam bom estado. As estátuas de Pinel e Esquirol, que caracterizavam a memória do hospício, foram retiradas no momento da desativação da instituição em 1944. A estátua de Esquirol foi transferida para a Colônia Juliano Moreira, enquanto a estátua de Pinel foi levada para o Instituto de Psiquiatria Adauto Botelho, no Engenho de Dentro³⁹³. Ambas as estátuas foram removidas por associar a edificação ao seu antigo uso e não condizer com o uso escolar atual³⁹⁴. A retirada das Estátuas de Pinel e de Esquirol desconectou o hospício de sua memória na história da saúde. Elas representavam todo o conhecimento da ciência psiquiátrica do século XIX seguida naquele estabelecimento de saúde. Além da retirada dessas estátuas, a principal responsável pela transformação da identidade do edifício foi a colocação do letreiro de Bronze e da figura da Deusa mitológica Minerva no centro do

³⁹² HOIRISCH, 2007. p.18.

³⁹³ LEMES LOPES, 1965. p. 3.

³⁹⁴ HOIRISCH, 2007. p.17.

Frontão. A Deusa Minerva representa a sabedoria, a ciência, as artes e as estratégias de guerra. A adição desses símbolos modifica o significado original da arquitetura da saúde. A edificação não perde por inteiro a sua identidade de Patrimônio Arquitetônico da Saúde, pois a história do Hospício de Pedro II ainda permanece na memória da população brasileira.

3. CAPÍTULO 3: DO ASILO DA MENDICIDADE AO HOSPITAL HIGIENISTA DO SÉCULO XX: CONSTRUÇÃO, TRANSFORMAÇÃO E ABANDONO DO PANÓPTICO BRASILEIRO.

Logo após a Independência, o internamento de mendigos e vadios passou a integrar o projeto civilizador das autoridades das principais cidades do Império. A fundação de asilos era vista como estratégia viável de por fim à presença dos esmoleres nas ruas, quadro que depunha contra o progresso de nação recém independente³⁹⁵.

Com o desenvolvimento das cidades e o crescimento populacional era preciso ordenar a vida em sociedade. O pobre, antes visto como o pobre de Deus, no século XIX começa a ser considerado a principal fonte de desordens e de doenças perigosas³⁹⁶. O aumento do número de pobres é uma consequência do crescimento acelerado da população durante o século XIX, um acúmulo de pessoas em ocupações mal remuneradas ou sem ocupação fixa³⁹⁷.

Os pobres do século XIX formavam um conjunto heterogêneo de pessoas que não buscavam atingir a classe dos privilegiados, mas se esforçavam em manter-se sobre as classes inferiores as suas. Um profissional qualificado, como os artesãos e gráficos, por exemplo, tinham orgulho de sua profissão e esforçavam-se para manter-se acima dos operários comuns. Os operários comuns eram compostos por carregadores, vendedores ambulantes, domésticas, entre outros trabalhadores que possuíam poucas ferramentas e equipamentos. Muitos deles não tinham ocupação fixa, como os carregadores que ficavam pelas ruas aguardando serviço. Por fim, abaixo de toda a classe de pobres estavam os subempregados, criminosos e mendigos³⁹⁸. Esta última compunha à classe de população perigosa ou potencialmente perigosa da primeira metade do século XIX³⁹⁹.

Antes de tudo era preciso controlar o crescimento urbano e disciplinar a produção e circulação de riquezas e das pessoas sobre o território. Esse controle buscava reduzir as desgraças, os acidentes e as epidemias. Durante a transformação e evolução da ciência médica do século XIX os higienistas elegeram os escravos, os mendigos, os vagabundos, os ciganos e até os imigrantes pobres como a anti norma da higiene⁴⁰⁰.

³⁹⁵ FRAGA FILHO, Walter. *Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX*. São Paulo, SP: Hucitec; Salvador, BA: EDUFBA, 1996. p. 151.

³⁹⁶ HAHNER, 1993. p. 283.

³⁹⁷ CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi*. 3. ed. - São Paulo: Companhia das Letras, 2006. p. 17.

³⁹⁸ HAHNER, 1993. p. 31.

³⁹⁹ CARVALHO, 2006. p. 18.

⁴⁰⁰ ABREU, S. França Adorno; CASTRO, M. M. Pugliese. A arte de administrar a pobreza: assistência social institucionalizada em São Paulo no século XIX. In: TRONCA, Ítalo A. (org.) *Foucault vivo*. Campinas: Pontes, 1987. p. 106.

A classe de mendigos, que na segunda metade do século XIX foram retirados das ruas e internados em Asilos, Casas de Correção e Hospícios, anteriormente não era vista como marginal e desfrutavam de certa tolerância social. A sociedade ainda muito imersa nas tradições católicas tolerava os mendigos pela simbologia sagrada impregnada nos pedintes, no fato de que ao ajudar essas pessoas a salvação dos mais afortunados seria garantida. “*A mão da caridade para eles se estendida extinguiu os pecados e assegurava a salvação da alma após a morte*⁴⁰¹”. Dessa forma, a população mais rica cultivava o hábito de dar esmolas no cotidiano e principalmente em momentos importantes de sua vida. A mendicância, segundo os preceitos cristãos, era válida desde que os indivíduos não tivessem condições de trabalhar e se sustentar. Os mendigos legítimos, aqueles aptos a viver da caridade, eram doentes, deficientes, velhos, crianças órfãs e viúvas pobres. Eles eram amparados por fiéis e eram protegidos pelas autoridades que concediam licenças para mendigar⁴⁰². Para muitos pobres a mendicância era um meio de ganhar a vida e era mais honroso do que o trabalho escravo. O ato de mendigar requeria um indivíduo astúcia e malandragem e era uma opção quando a vida só dava ao pobre duas alternativas, pedir ou roubar⁴⁰³.

Existiam várias categorias de mendigos durante o início dos oitocentos, baseados nos seus estilos de vida e local de esmola. O pedinte de porta de Igreja ocupava os adros e por lá permanecia quase todo o tempo, pedindo esmolas aos fiéis. A categoria de pedinte de freguesia certa era composta por pobres que esmolavam com mais descrição, pois apenas uma vez por mês apareciam e levavam suas esmolas. O pedinte de porta em porta, como o nome já diz, não permanecia em um espaço estabelecido, esmolava pela cidade, passando em residências e comércios. Estes geralmente eram cegos, deficientes físicos, velhos ou doentes. Por fim, existiam os escravos mendigos que em sua maioria eram cegos e deficientes. Estes pediam esmolas para depois repartir com seus senhores⁴⁰⁴. Os ex-escravos também formavam a grande massa de mendigos, muitos deles recebiam a carta de alforria quando já estavam idosos e incapacitados. Seus senhores não queriam mais lhes dar alimentação e moradia já que eles não mais serviam para o trabalho. Muitas cartas eram emitidas quando os escravos ainda estavam doentes no hospital, para que o senhor fosse liberado do pagamento das diárias. Essa “caridade mal-entendida⁴⁰⁵” não dava ao antigo escravo oportunidade para suprir suas necessidades básicas, lhes restando apenas ocupações mal remuneradas, a criminalidade e a mendicância. O negro livre mendigo,

⁴⁰¹ FRAGA FILHO, 1996. p. 35-39.

⁴⁰² Ibid. p. 35-39.

⁴⁰³ Ibid. p. 42-44.

⁴⁰⁴ Ibid. p. 44

⁴⁰⁵ VILHENA, Luiz dos Santos. AMARAL, Braz. *A Bahia no Século XVIII*. Salvador: Ed. Itapuã. 1969. p.133-134 *apud* FRAGA FILHO, 1996. p. 68.

espoliado e doente significava perigo nas ruas da cidade e muitas vezes eram confundidos com loucos e criminosos, sendo presos em hospícios ou casas de correção⁴⁰⁶. Porém “*na perspectiva dos homens e mulheres que envelheciam na escravidão, mais valia viver mendigo do que morrer escravo*”⁴⁰⁷.

Os mendigos se localizavam quase sempre em praças e largos centrais onde havia grande fluxo de pessoas e grande número de instituições religiosas. Eles chamavam atenção dos transeuntes mostrando suas deficiências, suas feridas e até utilizavam crianças para demonstrar extrema carência e para ganhar a simpatia dos doadores⁴⁰⁸. Os pedintes eram tolerados pela sociedade desde que apresentassem comportamento humilde e resignado, não deviam praguejar ou falar mal dos seus benfeitores, não podiam andar bêbados nem ameaçar transeuntes. Quando eles possuíam comportamento diferente, passavam de humildes e inofensivos para seres ameaçadores, antissociais e repugnantes⁴⁰⁹.

Caso a pessoa não possuísse dinheiro para dar esmola ao mendigo ele deveria falar: “Deus lhe favoreça”, transferindo o dever da caridade para Deus. Essa resposta também testava a humildade do mendigo, que não poderia praguejar ou insultar o transeunte. Os mendigos costumavam passar nas casas comerciais para pedir esmolas, o que fazia com que os donos mantivessem sobre o balcão moedas de cobre para distribuir a eles⁴¹⁰.

Além dos mendigos, outra classe de indivíduos havia ultrapassado o limite da pobreza. Os conhecidos como vadios não gozavam de tolerância social e estavam incluídos na categoria de pobres com maus costumes. Os vadios representavam a camada de pobres livres que tinham inclinação à ociosidade. O vadio podia ser desempregado ou ter apenas vínculos empregatícios inconstantes. Em sua maioria vivia dos trabalhos esporádicos, da mendicância, do roubo e da prostituição (no caso das mulheres). “*A vadiagem recobriu, portanto, a itinerância e a ociosidade, comportamentos considerados ameaçadores à estabilidade social*”⁴¹¹. A vadiagem era considerada a mãe de todos os crimes e era vista como uma ameaça permanente à ordem pública. A classe mais rica temia que os cidadãos ociosos assaltassem suas propriedades e colocassem em risco suas vidas⁴¹².

A tolerância com os mendigos oscilava entre a piedade e a repulsa. Já os vadios não eram aceitos. Com aumento de mendigos e vadios andando pelas ruas durante os períodos de

⁴⁰⁶ CARNEIRO, Maria Luiza Tucci. Negros, Loucos Negros. In: *Revista USP*. n. 18, 1993. p.147. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/26008>>. Acesso em: 31/07/2014.

⁴⁰⁷ FRAGA FILHO, 1996. p.72

⁴⁰⁸ Ibid. 45-52

⁴⁰⁹ Ibid. p. 40.

⁴¹⁰ EWBANK, Thomas. *Life in Brazil*. Nova Iorque: Harper & Brothers Publisher. 1856. p.196.

⁴¹¹ FRAGA FILHO, 1996. p.75.

⁴¹² Ibid. p.76-90

empobrecimento havia um constante sentimento de insegurança. A partir do meio do século XIX, essa classe de pessoas mais pobres começou a ser vista como verdadeira vilã⁴¹³.

Essa mudança na tolerância dos mendigos na história foi característica do crescimento das cidades. Essa mudança de atitude já havia acontecido na Europa desde o fim da Idade Média, onde a sociedade burguesa via a existência de mendigos que viviam de esmolas como uma ação contrária à ética do trabalho. Eles estavam fora da lógica da produção e sua inutilidade e não inserção no processo produtivo representava um perigo. “*A concepção de pobreza desvincula-se, por fim, de seus aspectos morais e religiosos e surge como um fato econômico*”⁴¹⁴.

Na Europa diversas leis entre o Fim da Idade Média até o século XVIII coagiam os mendigos e ociosos, impondo-lhes o trabalho. Se recusassem eram aprisionados e obrigados a trabalhar forçadamente⁴¹⁵. A pobreza para os países protestantes Europeus deveria ser suprimida e não glorificada como dizia os preceitos da Igreja Católica. A caridade era considerada uma desordem. Ninguém deveria mendigar, assim como ninguém deveria mais dar esmolas.

Os mendigos e vadios possuíam, segundo a sociedade, vidas libertinas, mantidas por crimes e esmolas⁴¹⁶. Eles moravam com o cônjuge sem casamento, não batizavam os seus filhos, viviam em ignorância à religião, tinham desprezo pelos sacramentos e cultivavam todas as espécies de vícios. A única forma de controlá-los era através das prisões e asilos, a fim de desimpedir as ruas e esconder toda a miséria e libertinagem desses indivíduos⁴¹⁷.

Essas mudanças chegam ao Brasil apenas com o crescimento das cidades e o aumento populacional. Para as autoridades do Império Brasileiro era necessário controlar essa população considerada perigosa e tornou ainda mais necessária a repressão à vadiagem e à ociosidade. “*A formação do Estado brasileiro implicou na tentativa de disciplinar o cotidiano das camadas pobres e enquadrá-los na ordem pela via do trabalho honesto e lícito*”⁴¹⁸. Para regularizar a situação e estabelecer a ordem, foi criado então o Código Criminal do Império em 16 de dezembro de 1830, que estabelecia a vadiagem e a mendicância como crimes policiais. O Capítulo IV, artigo 295, obrigava o indivíduo a ter uma ocupação honesta e renda suficiente para se manter, dessa forma ele não seria considerado vadio ou mendigo. Aqueles que fossem considerados vadios ou mendigos receberiam pena de prisão com trabalhos forçados. O artigo 296 proibia a mendicância quando houvesse no

⁴¹³ FRAGA FILHO, 1996, p. 41

⁴¹⁴ Ibid. p.135

⁴¹⁵ FOUCAULT, 1979. p. 29.

⁴¹⁶ FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura na Idade Clássica*. 5. ed. São Paulo (SP): Perspectiva; 1972. p.67

⁴¹⁷ Ibid. p.84

⁴¹⁸ FRAGA FILHO, 1996. p. 91.

lugar asilos para mendigos ou instituição para sustentá-los ou quando tiverem condições de trabalhar. Reprimia também o fingimento dos mendigos que simulavam doenças e feridas e o acúmulo deles em locais públicos⁴¹⁹. O Código Criminal estabelecia oito a vinte e quatro dias de prisão para vadios, repressão considerada branda que seria aumentada em 1831, com a lei de 26 de outubro, elevando a pena para seis meses de prisão com trabalhos forçados e podendo ser duplicada caso o indivíduo fosse reincidente⁴²⁰.

Com a criação da lei, a mendicância passou a ser proibida e apoiava-se na caracterização dos indivíduos entre válidos e inválidos. Aqueles que possuíam capacidade para trabalhar eram considerados válidos, ou falsos mendigos. Estes estavam cometendo uma transgressão à regra e deveriam ser apreendidos e encaminhados à Casa de Correção para trabalhos forçados ou recrutados para a Marinha e para o Exército. Já os inválidos, ou verdadeiros mendigos, eram levados para internação em hospitais e asilos⁴²¹.

A repressão aos mendigos e vadios começou a ser mais agressiva a partir da década de 1840. Nessa época não era mais tolerada a mendicância com crianças, que foram recolhidas e apreendidas pelo Estado. Os capitães da Guarda Nacional faziam buscas noturnas para reprimir a vadiagem. A polícia cercava os quarteirões mais pobres, dava buscas em residências suspeitas, dava batidas em lugares suspeitos e em pontos de recolhimento de pessoas sem moradia fixa, com objetivo de prender e recrutar os vadios e internar em asilos os mendigos⁴²².

Os mendigos também eram considerados perigosos para a ideologia higienista dos oitocentos, pois esses pobres representavam uma ameaça além da moral, uma ameaça à salubridade das cidades. O combate às doenças endêmicas e epidêmicas e aos focos de infestação incluía a erradicação dos pontos de mendicância e vadiagem da cidade. Os médicos suspeitavam que fossem desses pontos que se emanavam as terríveis doenças que colocavam em perigo à saúde da coletividade⁴²³.

O internamento dos mendigos e a prisão dos vadios tornaram-se os projetos civilizatórios das autoridades Imperiais. Ideais que seriam reforçados durante a república e o movimento higienista do século XX. A fundação dos asilos era a solução mais adequada para acabar com a presença dos esmoleiros nas ruas. Essa situação mostrava uma sociedade extremamente desigual que não estava disposta a diminuir as distâncias que separavam os

⁴¹⁹ BRASIL. Lei de 16 de dezembro de 1830. Manda Executar o Código Criminal. Collecção das Leis do Império do Brasil. Parte Primeira, Rio de Janeiro. Na Typographia Nacional. 1876. p. 196.

⁴²⁰ FRAGA FILHO, 1996. p.92.

⁴²¹ Ibid. p. 145.

⁴²² Ibid. p. 16-17.

⁴²³ Ibid. p. 141.

ricos dos pobres. Além disso, essa sociedade tornava-se cada vez mais intolerante aos pobres, reprimindo e excluindo cada vez mais os mendigos e vadios⁴²⁴.

3.1. A Construção do Asilo da Mendicidade

O Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX já se apresentava como uma cidade populosa, com mais de 274 mil habitantes, segundo recenseamento de 1872⁴²⁵. Os governantes da cidade, que passava por um rápido crescimento e aumento populacional, se preocupavam com o acúmulo de pessoas mal remuneradas e sem ocupação fixa. Grande parte dessa população vivia na linha tênue entre a legalidade e a ilegalidade. Havia muitas pessoas desocupadas e um número muito grande de menores abandonados transitando pelo centro carioca⁴²⁶.

A pobreza e a miséria urbana chegaram a níveis alarmantes no final do século XIX, constituindo um problema sério para as autoridades. A cidade passou a ser um lugar de perigosas agitações e passou a ter um grande número de crimes. Era necessário prender os vadios e mendigos, corrigi-los e reinseri-los na sociedade⁴²⁷.

A capital do Império também passava por grandes epidemias durante o século XIX, como a epidemia de febre amarela e a epidemia de tuberculose. Essas doenças se agravavam com a insalubridade dos cortiços e com a quantidade de mendigos nas ruas, o que despertou a atenção das autoridades⁴²⁸. Isso afetava a ordem pública e era mais que necessário ordenar a cidade do Rio de Janeiro.

Na década de 1870 a vadiagem e a mendicância já eram consideradas crimes previstos no Código Criminal do Império. Esses crimes precisavam de métodos e forças para ser suprimidos. Para combater esses males era preciso ir direto a fonte do mal, considerado por Foucault como a preguiça. Era preciso antes de tudo combatê-la, empregar os criminosos, pois essa era a melhor maneira de puni-los. Era preciso tornar a pena temível, para que os indivíduos não voltassem a cometer os delitos, era preciso *“fazer com que a representação da pena e de suas desvantagens seja mais viva que a do crime com seus prazeres”*⁴²⁹.

A necessidade de ordenação da cidade levou ao Monarca e ao Conselho Ministros a criarem uma rede de atenção mais elaborada aos pobres, mendigos e delinquentes. A estrutura de auxílio e repressão aos pobres já contava com os seguintes estabelecimentos:

⁴²⁴ FRAGA FILHO, 1996, p. 33.

⁴²⁵ HAHNER, 1993. p. 21.

⁴²⁶ CARVALHO, 2006. p. 17.

⁴²⁷ MACHADO, 1978. p. 113.

⁴²⁸ SILVA JÚNIOR, 2000. p. 34.

⁴²⁹ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. 1987. p.126.

o Hospital da Santa Casa da Misericórdia, reinaugurado em 1852, responsável pelo apoio aos pobres doentes; o Hospício de Pedro II, inaugurado também em 1852, que abrigava e tratava dos alienados; a Casa dos Expostos, dirigida pela Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro onde eram cuidados os órfãos e as crianças abandonadas; e por fim a Casa de Correção era o destino dos criminosos. Era necessário um local para abrigar os mendigos que não se adequavam a nenhuma das opções acima e precisavam de um asilo onde pudessem ser controlados e vigiados. O Asilo então foi idealizado com uma lógica de proteção dos desviantes sociais através da exclusão destes da sociedade⁴³⁰.

Em 1854, o Ministro da Justiça, José Thomas Nabuco juntamente com o Chefe da Polícia José Joaquim de Siqueira criaram o primeiro albergue de mendigos da cidade, com o objetivo de controlar a situação da mendicância. O albergue foi instalado no antigo Matadouro de Santa Luzia, após algumas obras de adaptação. O prédio do albergue era apenas um telhado onde antes se matavam os animais. Para abrigar os mendigos foram construídas paredes nas extremidades, fechando-o telheiro como um galpão. O albergue era dois grandes pavilhões divididos por tarimbais que abrigava 70 mendigos. Dentre eles 40 homens dormiam no pavilhão maior e as 30 mulheres ocupavam o pavilhão menor. Na área externa havia a cozinha e duas latrinas⁴³¹. A albergaria funcionou por mais de 20 anos, e durante esse tempo sofreu com as suas dimensões deficientes e a falta de estrutura física e de funcionários. Então, tornou-se necessário um local mais adequado para a função de vigiar e punir mendigos. Como o número de mendigos só crescia e o espaço existente não comportava mais o número de asilados foi necessário a construção de novo edifício apropriado à função de asilo⁴³².

A superlotação do Asilo localizado no antigo Matadouro de Santa Luzia, a inadequação da sua arquitetura ao propósito da instituição e as constantes reclamações do proprietário levaram a criação da Lei nº 2670 de 20 de outubro de 1875⁴³³. A referida lei ordenava a despesa de cem contos de réis para a construção de um edifício para o Asilo da Mendicidade⁴³⁴. O Asilo moderno não deveria seguir como exemplo os modelos de barbaridade humana dos séculos passados. Ele deveria se inspirar no progresso científico

⁴³⁰ SILVA JÚNIOR, 2000. p. 19.

⁴³¹ AGUINAGA, Hélio. *Hospital São Francisco de Assis – História*. Rio de Janeiro: Companhia Brasileira de Artes Gráficas, 1977. p.39-42.

⁴³² PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Levantamento Histórico e Iconográfico*. Rio de Janeiro - Vol. 1. Dez. 2004. p. 23-24.

⁴³³ SILVA JÚNIOR, 2000. p.36.

⁴³⁴ BRASIL. Lei n. 2670 de 20 de outubro de 1875. Fixa a despesa e orça a receita do Império para o exercício de 1876-1877, e dá outras providências. Collecção das Leis do Império do Brasil. Parte Primeira, Rio de Janeiro. Na Typographia Nacional. Vol. 1. 1875. p. 131.

da modernidade, numa caridade ordenada. O Asilo da Mendicidade seria um lugar específico para abrigar os abandonados e os moralmente incuráveis⁴³⁵.

Assim foi criado o Asilo da Mendicidade que, juntando-se à reforma prevista para outros grandes estabelecimentos, supriria a necessidade social de amparo aos rejeitados. Velhos, mendicantes, e todos os outros que ainda não tinham lugar nos hospitais, na prisão, no hospício, ou no cemitério⁴³⁶.

No final do século XIX a luta pela predominância da ciência sobre a caridade nas instituições hospitalares era constante. Apesar de estarem no controle e administração de várias instituições de saúde, as Irmandades e Ordens caridosas apoiavam-se nas decisões da Academia Imperial de Medicina e dos médicos teóricos da época. Era preciso construir um asilo que atendesse aos princípios de vigilância e ordenamento dos internos. A falha arquitetônica do Hospício de Pedro II quanto à vigilância dos internos foi tomada como exemplo, era essencial um asilo onde a vigilância fosse o ponto central de seu partido arquitetônico.

O Panóptico de Bentham, ignorado durante o projeto do Hospício de Pedro II, seria aplicado agora no asilo. A arquitetura panóptica representaria o agente de transformação do indivíduo, uma reforma moral. O modelo de Bentham criado em 1787 seria agora testado na instituição asilar brasileira e teria como principal objetivo vigiar os internos⁴³⁷.

As aplicações desse modelo arquitetônico eram diversas, a principal delas era corrigir os prisioneiros, mas também servia *“para cuidar dos doentes, instruir os escolares, guardar os loucos, fiscalizar os operários, fazer trabalhar os mendigos e ociosos”*⁴³⁸. O modelo radial ou circular onde no centro localiza-se a torre de observação é baseado num esquema de separação múltipla dos asilados, estabelecendo uma ordem política e social no espaço (ver Figura 117, Figura 118 e Figura 119). Além disso, a arquitetura do prédio deveria lembrar aos transeuntes que qualquer desordem cometida por eles no futuro seria punida, curada ou tratada⁴³⁹.

O edifício é circular. Os apartamentos dos prisioneiros ocupam a circunferência. Você pode chamá-los, se quiser, de celas. O apartamento do inspetor ocupa o centro; você pode chamá-lo, se quiser, de alojamento do inspetor⁴⁴⁰.

Quanto ao edifício como um todo, se for demasiadamente pequeno, a circunferência não será grande o suficiente para permitir um número suficiente de celas; se for demasiadamente grande, a profundidade a partir das janelas exteriores será demasiadamente grande; e não haverá luz suficiente no alojamento⁴⁴¹.

⁴³⁵ MACHADO, 1978. p. 473-474.

⁴³⁶ SILVA JÚNIOR, 2000. p.43.

⁴³⁷ BENTHAM, 2008. p. 20-24.

⁴³⁸ FOUCAULT, 1987. p.229.

⁴³⁹ SILVA JÚNIOR, 2000. p.45.

⁴⁴⁰ BENTHAM, 2008. p. 21.

⁴⁴¹ Ibid. p. 24.

A arquitetura circular ou radial permitia um controle interno detalhado. Para Bentham o Panóptico era apenas uma simples ideia de arquitetura, um projeto nascido da colaboração mais que simbólica de um engenheiro e um penalista⁴⁴². O modelo do Panóptico como foi idealizado não foi de fato realizado por nenhuma edificação, porém a partir de 1820 o modelo panóptico passa a ser o ponto de referência obrigatório para a maior parte dos projetos de reclusão. O plano de arquitetura penitenciária de Duchatel, publicado em 1841, se baseia no Panóptico de Bentham e foi considerado o primeiro projeto de arquitetura penitenciária da França⁴⁴³.

A vigilância será perfeita se, de uma sala central, o diretor ou o chefe encarregado, sem mudar de lugar, vê, sem ser visto, não só a entrada de todas as celas, e mesmo o interior da maioria [...], mas ainda os vigilantes encarregados da guarda dos prisioneiros em todos os andares⁴⁴⁴.

Os modelos do Panóptico foram largamente modificados pelas experiências inglesas e americanas, sem perder os princípios arquitetônicos do projeto centrado que permite a melhor vigilância. Os melhores exemplos foram executados na França, com o projeto do arquiteto francês Louis-Hippolyte Lebas para a Prisão de Rouquette (1827-1836), que seria destinada a crianças infratoras, e o Cárcere de Beaulieu, próximo a Caen, idealizado por Harou-Romain (Figura 120 e Figura 121). Outros modelos foram desenvolvidos na Europa, como os *Koepelgevangenissen* construídos nos Países Baixos, compostos pelas prisões panópticas de Arnhem (1866), Breda (1866) e Haarlem (1901) (ver Figura 122 e Figura 123); e também na América, como a Prisão Estadual de Stateville Joliet (1920), em Illinois, de C.H. Hammmon (ver Figura 124)⁴⁴⁵. Para Bentham o principal objetivo do Panóptico no caso dos mendigos e desocupados era encarcerá-los para o trabalho e fazê-los sentir o custo dele, um sistema de penas e recompensas que o faça perceber os privilégios da vida moral. As recompensas deveriam ser dadas através de salário, condecorações e prêmios. Nada que não fosse útil poderia ser tolerado, o trabalho deveria proporcionar a riqueza e produção nacional. Disciplinar pelo trabalho deveria ser o objetivo principal do encarceramento dos mendigos e desocupados⁴⁴⁶. Esse princípio seria atribuído ao Asilo da Mendicidade do Rio de Janeiro, que ao adotar o partido panóptico seria facilmente aplicado.

⁴⁴² PERROT, Michelle. *O Inspetor Bentham*. In: BENTHAM, 2008. p. 157

⁴⁴³ PERROT, Michelle; BRESCIANI, Maria Stella Martins. *Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros*. 2. ed. -. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 279.

⁴⁴⁴ DUCHATEL. *Instruction pour la construction des maisons d'arrêt et de justice*: Atlas de plans de prisons cellulaires. Paris. 1841. p. 9. Disponível em: <<http://www.mdz-nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=urn:nbn:de:bvb:12-bsb10327895-9>>. Acesso em: 31/07/2014.

⁴⁴⁵ PERROT, 2008. p. 156.

⁴⁴⁶ Ibid. p. 164.

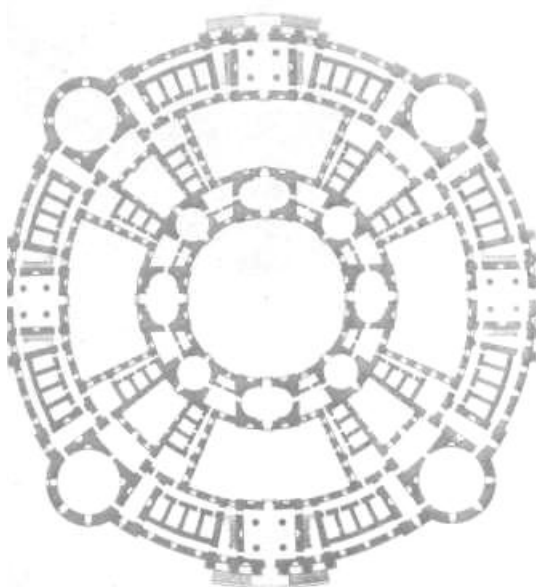


Figura 117 – Planta do Panóptico de Bentham. Fonte: Foucault, 1987.

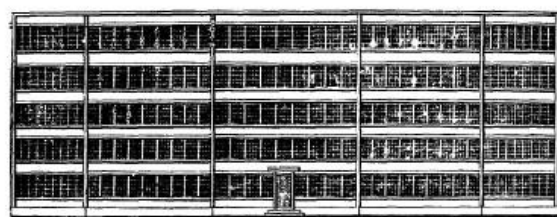


Figura 118 – Elevação da edificação circular panóptica. Fonte: Bentham, 1838-1843.

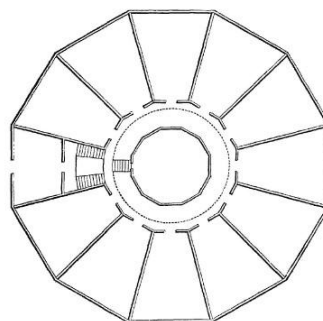


Figura 119 – Modelo simplificado do Panóptico de Bentham. Fonte: Bentham, 1838-1843.



Figura 120 - Prisão de Petit Roquette – França. Fonte: Foucault, 1987.

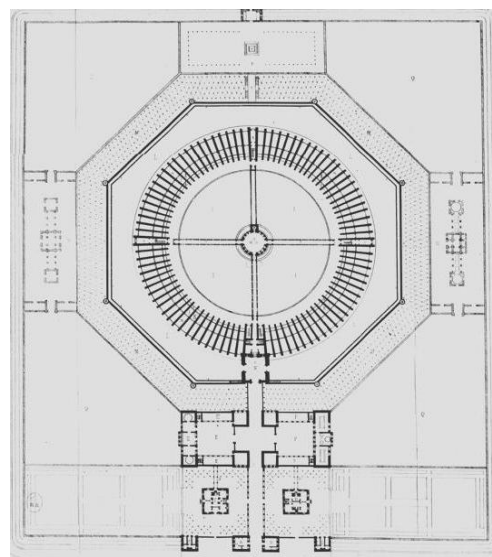


Figura 121 - Projetos de penitenciárias de Harou-Romain. Fonte: Foucault, 1987.

Precisava definir então o local para a instalação do Asilo da Mendicidade, o Panóptico do Rio de Janeiro. Foi escolhida a região da Cidade Nova, antigo mangue de São Diogo, aterrado na primeira metade do século XIX, eixo de expansão da cidade (ver Figura 125 e Figura 126). Esta localidade atendia ao princípio higienista de localizar estabelecimentos de saúde e reclusão afastados do centro da cidade. Além disso, a nova localização do asilo era estrategicamente próximo à Casa de Correção, localizada na Rua Frei Caneca⁴⁴⁷.

⁴⁴⁷ SILVA JÚNIOR, 2000. p. 46.



Figura 122 – Por dentro da Prisão de Haarlem nos Países Baixos. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Koolhaas; Mau, 1995.

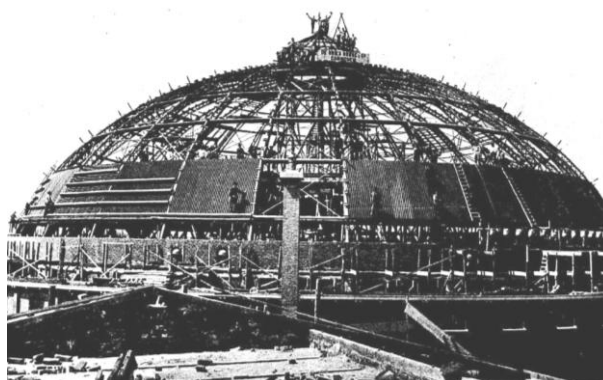


Figura 123 – Construção da Prisão de Haarlem nos Países Baixos. Fonte: Koolhaas; Mau, 1995.



Figura 124 - Interior da penitenciária de Stateville, Estados Unidos, século XX. Fonte: Foucault, 1987.

O projeto da edificação ficou a cargo do arquiteto Heitor Rademacker Grünewald. Este recebeu do Ministério da Justiça uma viagem para visitar os principais estabelecimentos asilares Europeus. Baseado na sua experiência, ele resolveu seguir o modelo do Panóptico de Bentham, apresentado e aprovado para construção em 25 de abril de 1876. Em 6 de agosto de 1876 foi lançada a pedra fundamental do Asilo da Mendicidade, baseado no entendimento entre o Ministro da Justiça, Diogo Velho, com o Chefe de Polícia, Miguel Calmon du Pin e Almeida. Na cerimônia de lançamento da pedra fundamental compareceram várias autoridades, entre elas a Princesa Isabel, na época regente imperial⁴⁴⁸.

De posse dessas ideias, Grünewald começa a projetar o prédio para abrigar o asilo [...], que foi o primeiro de caráter monumental a ser construído numa área de mangue – tal fato trouxe grande projeção ao arquiteto. Como partido arquitetônico, Grünewald adotou o radial, que considerava prestar-se melhor para vigiar e separar os sexos e idades — ideia essa logo aceita, sendo autorizada sua construção. Não era uma arquitetura feita para ser vista — como a dos palácios, ou para vigiar o espaço exterior, como o espaço geométrico das fortalezas —, mas para permitir um controle interior articulado e detalhado.

Assim, em agosto de 1876, em presença da Princesa Isabel, foi assentada a pedra fundamental do asilo situado em terreno aforado pela Câmara

⁴⁴⁸ SILVA JÚNIOR, 2000. p.46.

Municipal à Casa de Correção, mas que era do domínio do Estado, e não do Município. Apesar da dificuldade financeira, foi inaugurado em 10 de julho de 1879, com a presença de D. Pedro II⁴⁴⁹.

Devido ao vínculo policial entre ambas as instituições, a Casa de Correção forneceu o material e trabalho de suas oficinas para a construção do Asilo. Como os recursos eram escassos, a edificação, cujo projeto original era formado por cinco raios, foi inaugurada incompleta, em 10 de julho de 1879, com apenas os dois raios laterais, o corpo do meio e a capela finalizados⁴⁵⁰. Havia sido gasto para a construção do Asilo, até o ano de 1879, mais de 153 contos de réis (153:516\$215). O Asilo precisou ser inaugurado antes da finalização do projeto completo, pois a Albergaria do antigo Matadouro de Santa Luzia já não tinha condições de funcionar como asilo e dormitório dos mendigos. Foram transferidos mais de 260 indigentes, mesmo sendo a ocupação máxima de 120 indivíduos, naquela época⁴⁵¹.



Figura 125 - Planta da Cidade do Rio de Janeiro, 1884. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 126 - Vista do Mangal de São Diogo. Ao fundo a Rua Visconde de Itaúna e o Asilo da Mendicidade, 1889. Fonte: Plano Diretor, 2004.

De 1879 a 1892, a edificação funcionou apenas nos dois raios laterais. Faltava verba para terminar a construção que transformou a edificação em um depósito de todas as misérias. Em 1892 foram inaugurados os outros três raios presentes no plano original de Grünewald. A edificação por fim adquire por completo suas características panópticas, com os pavilhões funcionando como “*raios de força e informações que partem da circunferência e chegam até o chefe geral, com harmonia*”⁴⁵². A edificação foi construída com características ideais para a vigilância e separação dos sexos e idades, além das proporções monumentais e bastante notoriedade e beleza expressa pelo seu estilo neoclássico (Figura 127).

⁴⁴⁹ SOUZA, Mariana Vaz de; RIBEIRO, Rosina Trevisan M. Hospital São Francisco de Assis: Diretrizes de Projeto. *Anais do XI Congresso da ABRACOR*, Rio de Janeiro, RJ. 2002. p.131.

⁴⁵⁰ PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Levantamento Histórico e Iconográfico*. Rio de Janeiro - Vol. 1. Dez. 2004. p. 24.

⁴⁵¹ AGUINAGA, 1977, p.44.

⁴⁵² SILVA JÚNIOR, 2000. p.45.

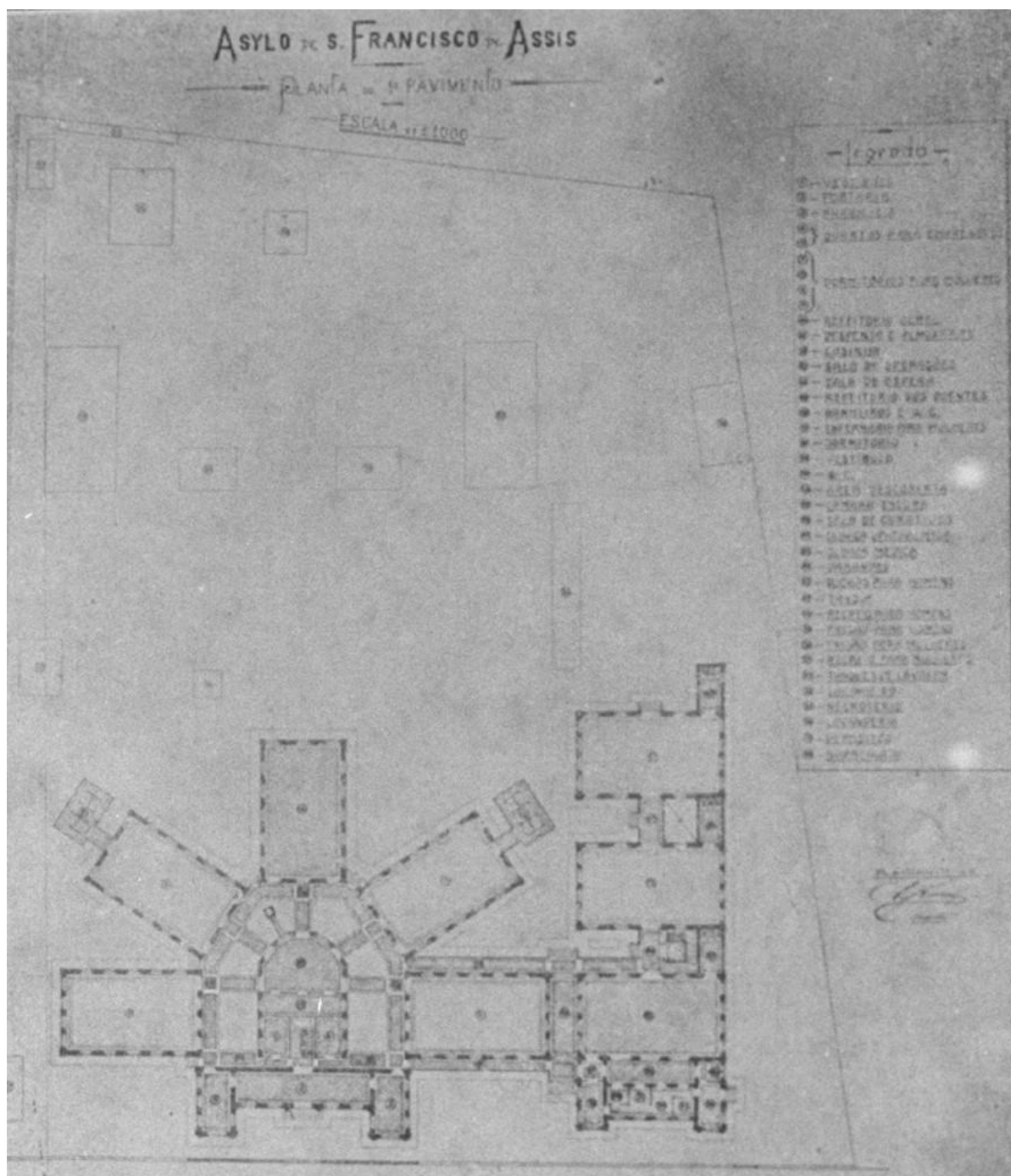


Figura 127 - Planta da Edificação, em 1924, completa com anexo da reforma 1922. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1983.

O Asilo da Mendicidade possui o estilo neoclássico e aspecto monumental. Ele ficou conhecido como a Mansão dos Pobres (ver Figura 128, Figura 129 e Figura 130), responsável por abrigar todos os idosos, inválidos, pobres, sem proteção familiar, homens e mulheres. Era encarregado de receber com cordialidade em seu monumento os vagabundos, órfãos, desordeiros e os insanos incuráveis rejeitados pelo Hospício de Pedro II e por outras instituições da cidade⁴⁵³.

⁴⁵³ SILVA JÚNIOR, 2000, p. 47.

A edificação possui a horizontalidade comum do Neoclassicismo e na composição da fachada pode ser observado “*que o corpo central é destacado do restante do edifício, suas janelas são ritmicamente distribuídas e que as colunas entre elas acentuam esse ritmo e resgatam as características clássicas das ordens gregas e romanas*”⁴⁵⁴. O estilo Neoclássico predominou no Rio de Janeiro durante o século XIX, sendo sinônimo de status e modernidade. A atribuição desse estilo ao prédio pelo arquiteto Rademacker Grünewalb se deu pelos avanços na área da medicina, como símbolo de modernidade e avanço, que no fim do século XIX chegava ao Brasil.



Figura 128 – Fachada do Asilo. Fonte: Aguinaga, 1977.

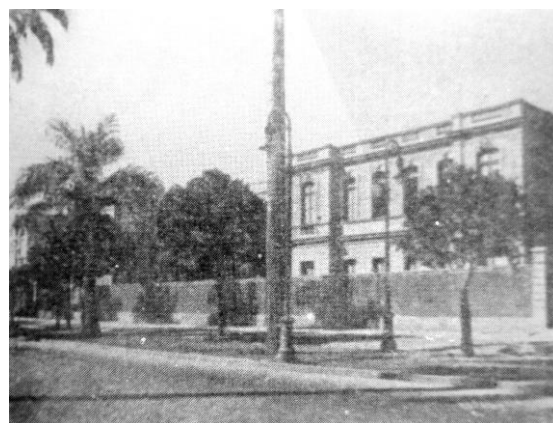


Figura 129 - Fachada do Asilo. Fonte: Aguinaga, 1977.



Figura 130 – Fachada Principal do Asilo no Século XX. Fonte: Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1983.

Os cinco raios compunham os pavilhões de reclusão dos internos. Essa planta era ideal para o controle dos indivíduos, assim como na organização de todo o funcionamento da instituição. Esse estabelecimento era diretamente ligado à Justiça, os saberes médicos e científicos não eram visto como prioridades e nem exerciam seu poder de tratamento e cura⁴⁵⁵. O asilo era uma forma de aprisionamento moral, onde só podia-se sair caso

⁴⁵⁴ SOUZA; RIBEIRO, 2002, p.131.

⁴⁵⁵ SILVA JÚNIOR, 2000. p.45.

terminasse a pena estabelecida de acordo com o delito cometido, ou no caso de mendigos, se fosse levado por pessoa idônea que seria responsável por fornecer alimentação e trabalho⁴⁵⁶.

O panóptico pode até constituir-se em aparelho de controle sobre seus próprios mecanismos. Em sua torre de controle, o diretor pode espionar todos os empregados que tem a seu serviço: enfermeiros, médicos, contramestres, professores, guardas; poderá julgá-los continuamente, modificar seu comportamento, impor-lhes métodos que considerasse melhores; e ele mesmo, por sua vez, poderá ser facilmente observado⁴⁵⁷.

O Asilo da Mendicidade era destinado a mendigos de ambos os sexos, desde que os indivíduos não pudessem mais trabalhar devido ao estado físico debilitado por doença não contagiosa ou idade avançada; quando possuíam alguma debilitação mental, como idiotia, imbecilidade ou fossem alienados que não podiam ser internos no Hospício de Pedro II; e quando fossem menores de 14 anos e não tivessem apoio familiar ou filantrópico de alguma família⁴⁵⁸ (Figura 131 e Figura 132). Eles seriam divididos nos pavilhões conforme a idade e sexo. Não era permitido o convívio das pessoas de diferentes sexos, salvo quando se encontravam durante as horas de trabalho comum. Durante esse tempo eles deveriam ser vigiados pelos guardas⁴⁵⁹. Os asilados deveriam trabalhar para o estabelecimento, fazendo serviços comuns para a manutenção do local e também serviços que gerassem receitas. O comportamento deles deveria ser exemplar. Caso se negassem aos trabalhos ou apresentassem mau comportamento seria aplicada uma pena disciplinar a cada indivíduo subversivo, que poderia ser mais trabalho; restrição alimentar; jejum de pão e água até três dias; e prisão em célula obscura por até oito dias⁴⁶⁰. O dinheiro acumulado com o trabalho dos asilados seria uma parte (dois terços) utilizada na manutenção do Asilo e a outra parte revertida para os asilados que trabalhassem. Da parte dos asilados, metade seria entregue mensalmente a eles, para reconhecerem o valor do trabalho, e a outra metade seria aplicada na Caixa Econômica e entregue a eles quando saíssem do asilo, ou entregue aos herdeiros em caso de morte⁴⁶¹.

Para internar os mendigos eles deviam ser trazidos pela Polícia do Distrito Federal ou comparecer ao Asilo portando documento que comprove a impossibilidade de se manter com trabalho próprio. Era necessário inspecionar as pessoas que chegavam, pois estas não

⁴⁵⁶ BRASIL. Ministério da Justiça. Ministro (Lafayette Rodrigues Pereira). Regulamento do Asylo da Mendicidade. Rio de Janeiro. In: Relatório do Anno de 1878 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na 2ª Sessão da 17ª Legislatura. Imprensa Nacional. 1879. p. 74. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1872/contents.html>>. Acesso em 22/07/2014.

⁴⁵⁷ FOUCAULT, 1987. p. 274

⁴⁵⁸ BRASIL. 1879. p. 74.

⁴⁵⁹ AGCRJ. Divisão de Manuscritos. 8/4/1-39.4.12 - Regulamento para o Asylo de S. Francisco de Assis. In: Documentação Avulsa = [...] Asylo da Mendicidade (1852-1905). Rio de Janeiro. 16/12/1895.

⁴⁶⁰ BRASIL. 1879. p. 76

⁴⁶¹ Ibid. p.77

poderiam conter doenças infectocontagiosas que pudessem acometer os outros internos. Os novos mendigos trazidos pela polícia não podiam apresentar quadro de alienação, pois esses perturbariam a ordem e a tranquilidade dos outros. Esses indivíduos deviam passar primeiramente por exame médico para verificar seu estado de saúde e se ele deve ser mesmo alocado no Asilo e não em outra instituição de recuperação (Hospital da Misericórdia, Hospício de Pedro II ou Casa de Correção). Caso os indivíduos manifestassem quadros de alienação pós-internação no asilo, eles deveriam ser imediatamente levados ao hospício pela polícia, para que lá fosse tratado e recuperado. Quando admitidos no Asilo os internos deveriam ser limpos e assim manter-se⁴⁶². Ao ser abrigado em um asilo, o mendigo passava por um processo de iniciação que marcaria o poder disciplinar da instituição. Primeiro eles eram inspecionados para ver se não estavam doentes, pelos administradores e pelos médicos do estabelecimento. Nesta fase eram registrados todos os dados do mendigo e suas características físicas. Em seguida eles passavam por um processo de limpeza total, banho, corte de unhas, cabelos e barba e recebiam novas roupas (em geral uniformes do asilo). Essas medidas de higienização tinham o objetivo de retirar toda a lembrança e marca da mendicância, além de manter o asseio das pessoas e do ambiente⁴⁶³.

No final do século XIX o Asilo apresentava más condições de funcionamento devido à falta de verbas e superlotação de internos. Um documento datado de 1893, assinado pelo Diretor do Asilo dirigido ao Prefeito do Distrito Federal solicitava um aumento no repasse de verbas, pois havia muitos problemas que poderiam levar à falência da instituição. Em 1895 foi criada então a Associação Protetora do Asilo da Mendicidade, liderada pelo Barão de São Francisco⁴⁶⁴. No dia 16 de dezembro do mesmo ano, o asilo teve seu nome modificado para Asilo São Francisco de Assis, por sugestão do Intendente Honorário Gurgel, que segundo ele o nome antigo era humilhante aos internos. Como o objetivo da instituição era de recuperar os indivíduos, que quando internos deixariam de ser mendigos, era preciso modificar o nome, já que ele não correspondia aos fins da instituição. Na mesma época ficou estabelecido que a lotação máxima fosse de 250 pessoas, metade para cada sexo, e só seriam recebidos os indigentes maiores de idade aptos para o trabalho⁴⁶⁵.

⁴⁶² AGCRJ. Divisão de Manuscritos. 8/4/1-39.4.24. C. S. Francisco de Assis = PONDERAÇÕES do Director sobre a Regulamentação do Asylo. Rio de Janeiro. 11/01/1899.

⁴⁶³ FRAGA FILHO, 1996. p. 164.

⁴⁶⁴ SILVA JÚNIOR, 2000. p.53.

⁴⁶⁵ FBN. I-11.218.7.10 (numeração imprecisa). DIRETORIA Geral de Assistência Municipal. Asylo São Francisco de Assis. Estabelecimento de Assistência à Velhice Desamparada, mantido pela municipalidade do Distrito federal. 10 de julho de 1879 a 10 de julho de 1929. Rio de Janeiro. Oficinas Gráficas do Jornal do Brazil. p. 2.



Figura 131 – Asilados. Fonte: Aguinaga, 1977.

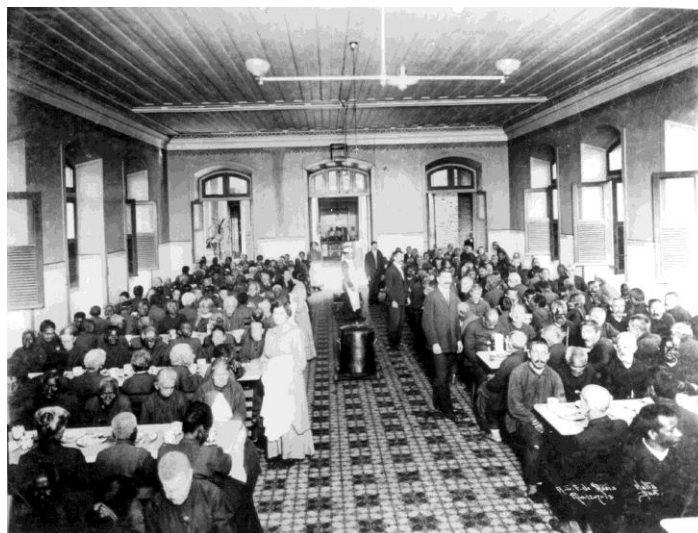


Figura 132 - Pavilhões do Asilo em 1912. Fotografia: Augusto Malta. Fonte: Plano Diretor, 2004.

É importante ressaltar que o Asilo tinha uma função social ligada primeiramente à exclusão do que à proteção do asilado. Era uma condenação à morte social, cercando o mendigo e vadio por muros e grades e garantindo a segurança das elites e escondendo deles as mazelas da cidade.

No fim do século XIX já existiam várias críticas ao Asilo e como a reclusão dos mendigos era feita. O memorial escrito em 1894, pelo Diretor Jaime Silvano mostra os aspectos sombrios do funcionamento do local.

A Monarquia, felizmente banida do solo da nação, na falsa intenção de filantropia criou o Asilo com o fim proposto de proteger os pobres, de amparar os desgraçados, ela logrou, ganhando aplausos da burguesia porque esta egoísta como é não gosta de contemplar o espetáculo da miséria mendicante [...]. O Asilo da Mendicidade foi construído como um apêndice, um prolongamento da Casa de Correção... Esta casa já teve tronco como os das fazendas retrato de uma triste época onde todos os atos criminosos viviam... os sentimentos da Monarquia legava aos mendigos o chicote e o tronco. Asilo da Mendicidade era uma casa infernal, imperial, onde indigentes em culpa eram enclausurados em regime de penitenciária por tempo indeterminado, entregues ao arbítrio das autoridades⁴⁶⁶.

O médico criticava a reclusão como apenas uma forma de esconder as mazelas das classes mais ricas, sem cumprir nenhum objetivo de colocar fim na pobreza ou ao menos reduzi-la. Dr. Jaime Silvano assumiu a diretoria do asilo em 01 de outubro de 1894 e decidiu mudar-se para o local para morar junto aos asilados, ocupando o apartamento do Inspetor. Eles adaptaram as instalações da melhor maneira possível, alojando o diretor e sua família. No Asilo não havia qualquer orientação republicana e ainda havia marcas da época

⁴⁶⁶ AGCRJ. Divisão de Manuscritos. 8/4/1-39.4.23. Memorial apresentado ao cidadão Dr. Henrique Valadares, por Jaime Silvado, Médico e Diretor do asilo. Rio de Janeiro. 1894.

monárquica, como o tronco para castigos físicos. A forma como eram tratados os asilados era pouco humana, eles eram maltrapilhos, mal alimentados e mal alojados⁴⁶⁷.

Quanto ao vestuário, [...] os asilados estavam mal vestidos, alguns até em condições de pouca decência, a roupa nova era somente para os ratos e as traças. As asiladas especialmente eram muito mal vestidas, até certas épocas ficavam impossibilitadas de se apresentarem com decência tão insuficiente era o vestuário delas. [...] [Os asilados] dormiam pelo chão ou em tarimbas arrumadas a noite no refeitório, apesar de possuir o Asilo camas, colchões e roupas em abundância. No refeitório notamos a mais completa falta do que mais simples se pode desejar. Dispondo apenas de colheres, os desgraçados eram forçados a comer carne com a mão despedaçando-a com os dentes à moda dos cães. Passando ao banheiro, vimos que apesar das banheiras de mármore com duas torneiras cada uma para água quente e fria, os asilados jamais tomavam banho morno de modo que encontramos aparelho incapaz de funcionar pelo que eram os infelizes obrigados a passar no inverno a receber ducha fria indistintamente distribuída sem atender-se as indicações e contra-indicações provenientes das condições de morbilidade de cada um [...]. Quanto aos trabalhos diários temos a comunicá-lo, cidadão Prefeito que não havia descanso aos domingos [...] ⁴⁶⁸.

Para resolver alguns dos problemas do asilo, foi promulgada a nova resolução de 1895, que estabelecia o número máximo de 250 internos. Porém a necessidade de inúmeras internações só fazia aumentar o número de asilados. Em 1912, foram registrados mais de 422 internos. Apesar das mudanças, o asilo prosseguiu sendo um depósito de rejeitados da sociedade. A superlotação, a falta de verbas e o quadro insuficiente de funcionários era a marca da instituição⁴⁶⁹.

A cidade do Rio de Janeiro na segunda década do século XX passava por períodos turbulentos na área da saúde. Epidemias como a da gripe espanhola, a da febre amarela e a da tuberculose denunciava a ineficiência dos serviços de controle da saúde. Era preciso modernizar a capital da república, embelezá-la, limpá-la e higienizá-la⁴⁷⁰.

No início do século XX, as políticas higienistas e sanitaristas começaram a modificar o quadro da saúde no Rio de Janeiro. Durante o governo de Epitácio Pessoa na presidência da República, houve a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, liderado por Calos Chagas. O modelo sanitarista de Chagas exigia a criação de um grande Hospital, gerenciado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública e totalmente desvinculado das instituições de caridade⁴⁷¹. O Congresso Nacional e o Presidente ordenou que se construísse ou adaptasse edifícios públicos para o estabelecimento de hospitais e pavilhões que, provisórios, mas imediatamente, alojassem 400 enfermos. Após uma criteriosa

⁴⁶⁷ AGCRJ, 1894.

⁴⁶⁸ Ibid.

⁴⁶⁹ SILVA JÚNIOR, 2000. p.55.

⁴⁷⁰ Ibid. p. 64.

⁴⁷¹ PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Levantamento Histórico e Iconográfico*. Rio de Janeiro - Vol. 1. Dez. 2004. p. 25-26.

avaliação do médico sanitarista foi resolvido que o edifício do Asilo deveria abrigar as instalações provisórias desse hospital. A escolha baseou-se nas características da construção, sua localização e a organização de seu espaço interno, elementos que satisfaziam os requisitos técnicos para um hospital geral. Sendo assim, a adaptação seria muito mais fácil e menos custosa. Em setembro de 1920 o asilo cedeu o prédio ao Governo Federal⁴⁷².

Com a desativação do Asilo, os internos foram transferidos para o Instituto João Alfredo em dezembro de 1920. A edificação na Vila Isabel recebeu todos os 347 asilados, dentre eles 200 mulheres e 147 homens. A transferência foi feita por carros comuns e ambulâncias. Muitos dos asilados ficaram empolgados com a mudança, principalmente porque grande parte deles veria a cidade depois de tantos anos de reclusão (ver Figura 133)⁴⁷³.

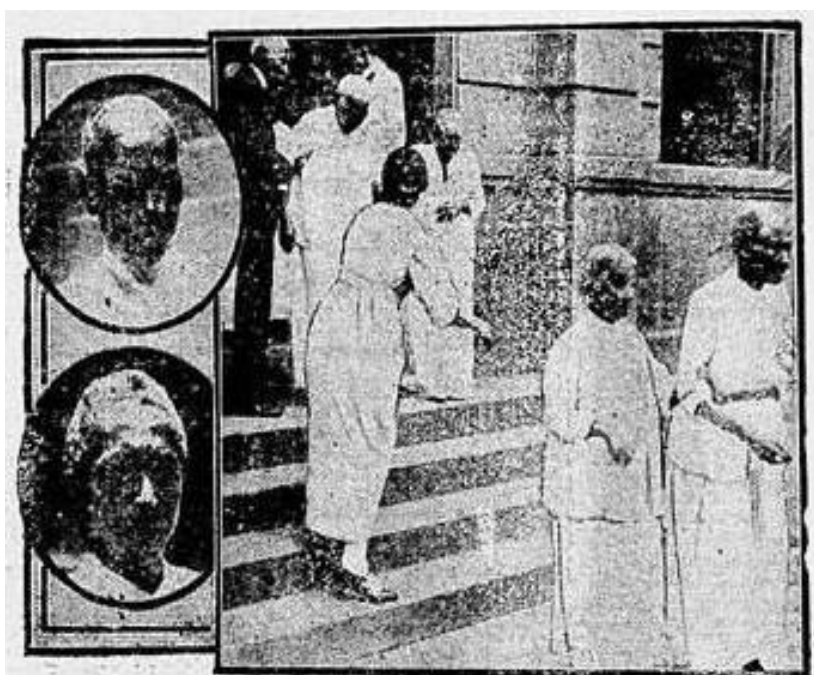


Figura 133 – Asilados deixando o Edifício do Asilo de São Francisco e dirigindo-se para os automóveis. Em destaque as duas mais antigas asiladas, Dona Rosa e Dona Joaquina. Fonte: A Noite, 1920.

A edificação abrigou o asilo até a década de 1920, quando o abrigo esvaziado e entregue ao governo federal para ser transformado no Hospital Geral de Assistência ou Hospital Geral São Francisco de Assis.

⁴⁷² FBN. 1879-1929. p. 4.

⁴⁷³ A NOITE. Transferência dos mendigos do São Francisco de Assis para o Instituto João Alfredo. *Jornal A Noite*. Rio de Janeiro. Edição 03247. 22 dez. 1920. Disponível em: <<http://hemerotecadigital.bn.br/acervodigital/noite/348970>>. Acesso em: 08/07/2014.

3.2. Do Hospital Higienista do Século XX ao Hospital Escola da Atualidade

O Hospital São Francisco de Assis foi considerado um “divisor de águas” entre uma medicina sem infraestrutura adequada, com sistemática científica, e uma medicina verdadeiramente moderna. Isso também se deve à visão e ao esforço de Carlos Chagas voltado para a estrutura hospitalar⁴⁷⁴.

Para abrigar o hospital higienista do século XX, foi necessário executar várias obras de adaptação no antigo asilo. Essas obras foram comandadas por Eurico Vilela e ficaram prontas em 1922. O prédio foi inaugurado em 7 de novembro de 1922. O Hospital era gerido pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, sob direção de Carlos Chagas, e era mantido pelo poder público⁴⁷⁵.

A adaptação feita para o hospital atendia as principais condições de higiene e a sua localização era um dos pontos que favorecia o atendimento da população mais pobre. Os pavilhões tinham divisões internas com tamanhos variados, todos contendo um salão principal com paredes impermeáveis e pé direito superior a 4 metros. As janelas largas e altas permitiam uma boa iluminação e ventilação natural. As enfermarias masculinas localizavam-se no andar térreo e as femininas no andar superior. As comunicações entre as enfermarias eram feitas por escadas e por um elevador instalado para o transporte de doentes mais graves. A parte central, a torre de observação do panóptico, recebeu o uso cirúrgico e ficou conhecido como Pavilhão de Operações. No segundo pavimento desse pavilhão, localizavam-se as salas de operação que foram revestidas com ladrilho branco até a altura de dois metros. Foram construídas no terreno fora da edificação principal as salas de necrotério, do laboratório de pesquisas clínicas e do serviço de anatomia patológica⁴⁷⁶.

O Hospital Geral de Assistência ou Hospital São Francisco de Assis tinha como objetivo prestar assistência médica e cirúrgica aos pobres e indigentes, subordinado ao Departamento Nacional de Saúde Pública. A edificação continha os seguintes ambientes: seis enfermarias de clínica médica, com respectivos consultórios; sete enfermarias de clínica cirúrgica, dois de cirurgia geral, dois de clínica otorrinolaringológica, dois de clínica de vias urinárias e uma de clínica ginecológica; um gabinete de radiologia, um laboratório de pesquisas clínicas e um instituto anato-patológico⁴⁷⁷.

A instalação do hospital foi um sucesso e as atividades médicas só cresciam, assim como o número de pacientes. Era necessário expandir a planta física e por isso, foi construído o Pavilhão de Doenças Infectocontagiosas Miguel Couto, em 1926, na Rua Afonso Cavalcanti

⁴⁷⁴ SOUZA; RIBEIRO, 2002. p. 131.

⁴⁷⁵ SILVA JÚNIOR, 2000. p. 66.

⁴⁷⁶ AGUINAGA, 1977, p.80-82.

⁴⁷⁷ SILVA JÚNIOR, 2000. p. 70.

(rua que passa atrás da edificação original). Nessa nova área foi instalada a disciplina de Medicina Tropical da Faculdade Nacional de Medicina sob regência de Carlos Chagas; além da Maternidade Thompson Motta. Em 1931 foi construída, nesse mesmo pavilhão, a 19ª enfermaria. Também foi construída na mesma rua a Escola de Enfermagem. Todas essas edificações, junto ao prédio principal, compunham o Complexo de Saúde do Mangue (Figura 134 e Figura 135) ⁴⁷⁸.



Figura 134 - Hospital em 1938. Fonte: UFRJ, 2013.



Figura 135 - Fachada do Hospital já adaptado para receber o uso hospitalar. Fonte: UFRJ, 2013.

A Faculdade Nacional de Medicina, observando o potencial e prestígio do Hospital, instalou na edificação as Clínicas Terapêuticas e Otorrinolaringológica, as Cadeiras de Propedêutica Médica, Pediatria, Cirurgia, Ortopedia e Doenças Tropicais e Infecciosas. Apesar de todo avanço e influência que o hospital possuía junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública, a superlotação e a falta de verbas começaram a sucatear o hospital. Faltavam verbas inclusive para a remuneração dos médicos e enfermeiras ⁴⁷⁹.

O Hospital Geral São Francisco de Assis, implantado em 1922 era, ao final desse período, 1945, um dos grandes hospitais da Cidade do Rio de Janeiro. Sua arquitetura física e organizacional, especializada, atendia ao modelo das clínicas e serviços, já envolvidos com a produção e reprodução do saber médico. Era uma grande instituição de assistência aos indigentes ⁴⁸⁰.

Em 1946, o Hospital São Francisco de Assis é adquirido pela União e entregue à Universidade do Brasil para ser utilizado como apoio à Faculdade Nacional de Medicina e à Escola de Enfermagem Anna Nery, além de outras unidades universitárias. A edificação foi transformada em Hospital Escola, reunindo várias cátedras que antes estavam espalhadas em diversos hospitais na cidade do Rio de Janeiro. Nessa época a instituição tornou-se um dos grandes hospitais da cidade e foi oficialmente considerado um lócus de construção do

⁴⁷⁸ SILVA JÚNIOR, 2000. p. 73.

⁴⁷⁹ Ibid. p. 75.

⁴⁸⁰ Ibid. p. 78.

saber médico, encarregada da pesquisa e ensino da medicina através da prática exercida nos corpos dos indigentes⁴⁸¹.

O movimento de modernização da sociedade a partir da segunda metade do século XX não atingiu apenas o hospital e as políticas de saúde, foram verificadas mudanças importantes nos setores econômicos e na educação. A Universidade do Brasil nessa época passaria pela Reforma Universitária, responsável pela mudança das sedes das Faculdades para a Cidade Universitária que estava para ser inaugurada. Na Cidade Universitária fundada na Ilha do Fundão, surgiram os novos departamentos e Centros de Ciência da Saúde, dominados pela faculdade de medicina e com isso criou-se a demanda de um Hospital Universitário moderno⁴⁸².

A edificação do antigo Asilo, agora Hospital Escola, abrigava apenas algumas cátedras e clínicas da Faculdade de Medicina e já não era mais eficaz para abrigar o ensino médico moderno. Em 1978 foi inaugurado, pelo Presidente Geisel, o moderno Hospital Universitário na Ilha do Fundão, para onde foram transferidas as atividades de ensino e pesquisa. Com a transferência o Hospital Escola São Francisco de Assis foi desativado⁴⁸³.

Como a edificação estava fechada e não mais servia como hospital para a Universidade, o Conselho Universitário afirmava a intenção de vender o patrimônio, com o objetivo de angariar fundos para investir na própria instituição. O medo da venda e destruição da edificação que já era considerada um monumento para a população da cidade do Rio de Janeiro faz com que os cidadãos, através do Jornal Última Hora, a iniciarem uma campanha em defesa da manutenção e do tombamento do Hospital São Francisco de Assis, que era conhecido como Hospital dos Pobres⁴⁸⁴.

A campanha iniciada pelo Jornal Última Hora em 1977 resultou no tombamento em nível federal da edificação pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) anos depois. A edificação foi tombada e registrada no livro de Tombo de Belas Artes em 23 de junho de 1983 e registrada no livro Histórico em 25 de junho do mesmo ano. Porém, mesmo com o tombamento e o reconhecimento como Patrimônio e Monumento, ainda havia ameaças de venda da edificação para outras instituições.

A Universidade Federal do Rio de Janeiro foi denunciada em 1984 pela imprensa por ameaçar o patrimônio tombado. A edificação ficou durante dez anos sendo utilizada ilegalmente por entidades alheias à Universidade, que apesar de manter o uso não oficial, não foi capaz de manter o bom estado de conservação da edificação. Durante esses anos o

⁴⁸¹ SILVA JÚNIOR, 2000, p. 81-85

⁴⁸² Ibid. p. 87-88.

⁴⁸³ Ibid. 88.

⁴⁸⁴ Ibid. 89

destaque foi para o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança, que ocuparam o espaço até a Universidade reaver na justiça as chaves da edificação⁴⁸⁵.

Em 5 de novembro de 1987 a Universidade tomou posse da edificação, mas o estágio avançado de degradação do espaço impossibilitou o uso para fins de ensino médico e científico. A edificação só voltou a ser ocupada em fevereiro de 1988, em razão do estado de calamidade pública por qual passou a cidade do Rio de Janeiro.

As fortes chuvas mobilizaram toda a sociedade do Rio de Janeiro, inclusive a Universidade Federal, na Campanha SOS Rio de Janeiro. Foram articuladas ações para socorrer as comunidades atingidas. O desabamento da Clínica Santa Genoveva, em Santa Teresa, desalojou um grupo de doentes idosos que precisavam ser internados em alguma edificação de saúde. Apesar do prédio do Hospital Escola São Francisco de Assis estar fechado, depredado, sem água, luz, ele foi oferecido pela Escola de Enfermagem Anna Nery, ligada à UFRJ, em 22 de fevereiro de 1988, para abrigar os desalojados da clínica. A ocupação funcionaria como uma forma de forçar a universidade a limpar e a fazer reparos no local. Os trabalhos iniciaram imediatamente, preparando o prédio para receber os idosos que foram desalojados pelas chuvas. Eles foram levados, então, ao prédio do Hospital Escola São Francisco de Assis. Esse fato incentivou a reativação do hospital sob direção da Escola de Enfermagem Anna Nery⁴⁸⁶.

A reabertura do Hospital Escola São Francisco de Assis foi aprovada pelo Conselho Universitário em 22 de março de 1988, mobilizando imediatamente vários serviços da UFRJ no sentido de colocar em funcionamento 40 leitos do “Velho Hospital dos Pobres”, servindo de apoio à outras instituições hospitalares de maior complexidade. A direção do Hospital foi entregue à Escola de Enfermagem, o que gerou conflitos com a Faculdade de Medicina.

O relatório referente aos noventa dias de funcionamento do Hospital Escola, sob coordenação das professoras da Escola de Enfermagem, afirma que a instituição permanece como um dos setores do Hospital Universitário da UFRJ, com 40 leitos, 30 adultos, sendo 14 para homens e 16 para mulheres; e 10 infantis. A maioria dos pacientes da época ainda eram os idosos, antigos pacientes da Clínica Santa Genoveva, que estavam internados no segundo pavimento do prédio⁴⁸⁷. Em 1989, funcionavam no Hospital vários projetos vinculados à atenção primária à saúde, como: o Projeto de Assistência Integral à Pessoa Idosa (PAIPI); o Projeto de Assistência às Trabalhadoras Sexuais, as prostitutas da Vila Mimosa (Corpus Juntos); e o Projeto de Assistência às crianças de rua (Mãos Dadas). Funcionavam também as Unidades: de internação e semi-internação, de consulta à

⁴⁸⁵ SILVA JÚNIOR, 2000. p. 93.

⁴⁸⁶ Ibid. 99-100.

⁴⁸⁷ Ibid. 102-103.

pacientes externos, de cuidados básicos com a saúde, de desenvolvimento infantil e o Centro de Apoio Sorológico à AIDS⁴⁸⁸.

Em 14 de setembro de 1990, foi aprovado um novo Regimento para o Hospital Escola São Francisco de Assis, que definiu a instituição como órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ, integrando o complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O objetivo do hospital foi definido como:

Estender as ações universitárias à população, por meio da aplicação de medida de proteção da saúde, com ênfase na participação da comunidade ou atender ao papel social da Universidade, integrando-se ao Sistema de Saúde vigente e atuando como polo de atração e irradiação de programas e projetos que visem a saúde enquanto direito de cidadania⁴⁸⁹.

O Hospital Escola São Francisco de Assis ainda mantém as suas funções de local de tratamento da saúde. No conjunto edificado do Hospital há uma parceria entre a Escola de Enfermagem Anna Nery e outras unidades da UFRJ, o que marca o perfil docente-assistencial. Durante dez anos, desde a reativação do hospital em 1988 até 1998, houve a internação de pacientes. Após 1998 as atividades hospitalares foram concentradas nas ações de atenção primária e secundária de saúde e nos projetos especiais vinculados aos docentes da Enfermagem e da Medicina, ali localizados. Atualmente são realizadas atividades ambulatoriais de atenção básica da saúde e cuidados básicos, programa de atendimento a pacientes com HIV/AIDS, programa de atenção a pacientes com problemas de álcool e outras drogas e programa de assistência ao paciente idoso, entre outras atividades atenção primária.

Desde então, o Hospital Escola São Francisco de Assis constitui-se na oitava unidade hospitalar da UFRJ dirigida por professores da Escola de Enfermagem, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com atividades de ensino, pesquisa e extensão principalmente do Centro de Ciências da Saúde e outras unidades acadêmicas.

3.3. Estado Atual de Conservação do Panóptico Brasileiro.

A reativação do Hospital Escola São Francisco de Assis foi executada de forma apressada e sem planejamento. A pressa na reinauguração do hospital para atender os desalojados das chuvas de 1988 foi responsável por grande parte da desfiguração de seu espaço físico⁴⁹⁰. A edificação do Hospital passou por várias modificações ao longo dos anos, o projeto original do asilo, construído em 1879, recebeu diversos anexos e ampliou o seu espaço. A primeira

⁴⁸⁸ SILVA JÚNIOR, 2000. p. 104.

⁴⁸⁹ Regimento do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA/UFRJ, 1990 *apud* SILVA JÚNIOR, 2000. p. 105-106.

⁴⁹⁰ SOUZA; RIBEIRO, 2002, p.132.

adição de 1892 refere-se ao término do projeto idealizado por Grünewalb. A segunda adição para adaptar o prédio para o uso de Hospital Geral foi a construção de um grande pavilhão lateral. Apesar do acréscimo de área e quebra da simetria do conjunto, as construções dessa época foram feitas seguindo as características pré-existentes. As adições posteriores a 1920 foram as grandes responsáveis pela descaracterização do conjunto e o aparecimento de edificações com gosto duvidoso e sem relação com estilística ou de composição com a construção original (Figura 136).



Apesar do conjunto tombado apresentar muitos anexos, relativamente novos, todo ele se apresenta em estado ruim de conservação. No terreno e áreas adjacentes à edificação foram construídos muitos anexos e elementos de qualidade arquitetônica bastante discutível (Ver Figura 137, Figura 138, Figura 139 e Figura 140). Para melhor identificar os prédios do Conjunto Arquitetônico do Hospital Escola São Francisco de Assis eles foram numerados de 01 a 12. A numeração do prédio auxilia na identificação das patologias em cada edificação e facilita a descrição do estado de conservação. Os pavilhões radiais do plano original da edificação, além do corpo central da torre de observação, foram numerados de 01 a 07. A edificação construída em 1922 para adequar o asilo ao uso hospitalar foi numerada como 07A, já que ela compõe a edificação sem descaracterizá-la e está totalmente interligada ao prédio 07 (Figura 136).

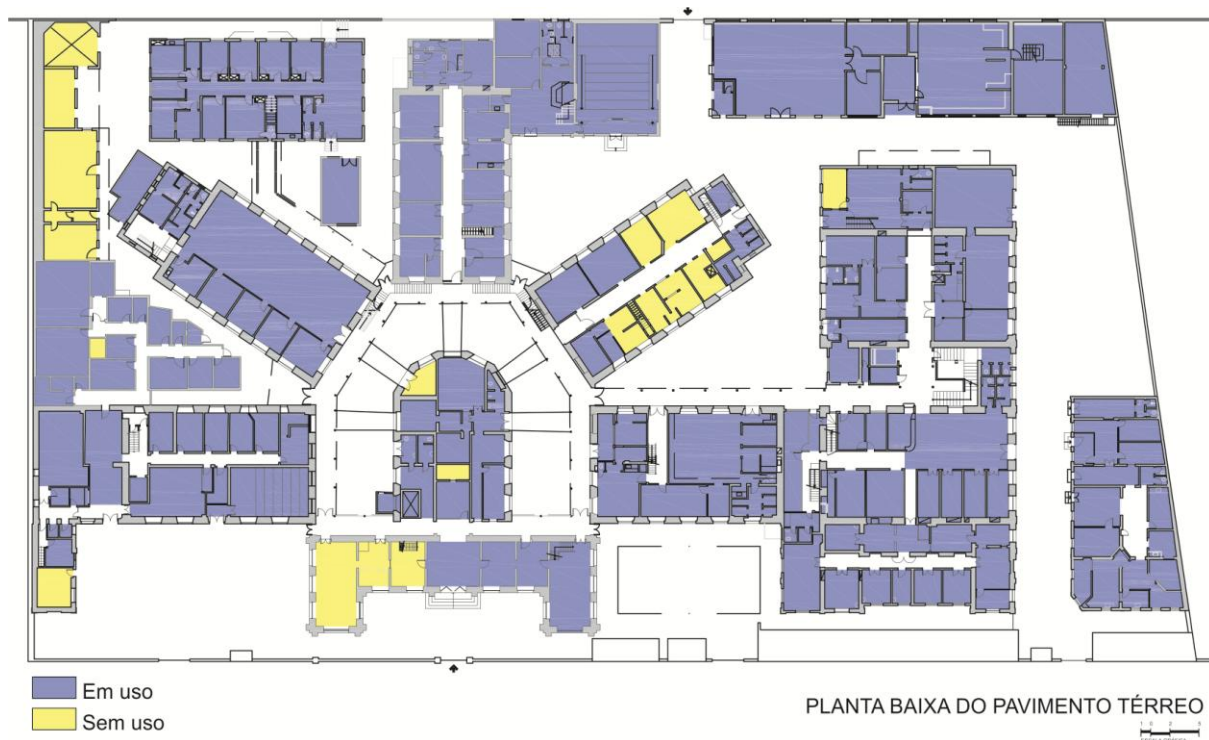


Figura 137 – Planta Baixa do Pavimento Térreo – Ocupação. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 138 – Planta Baixa do Mezanino do Pavimento Térreo – Ocupação. Fonte: Plano Diretor, 2004.

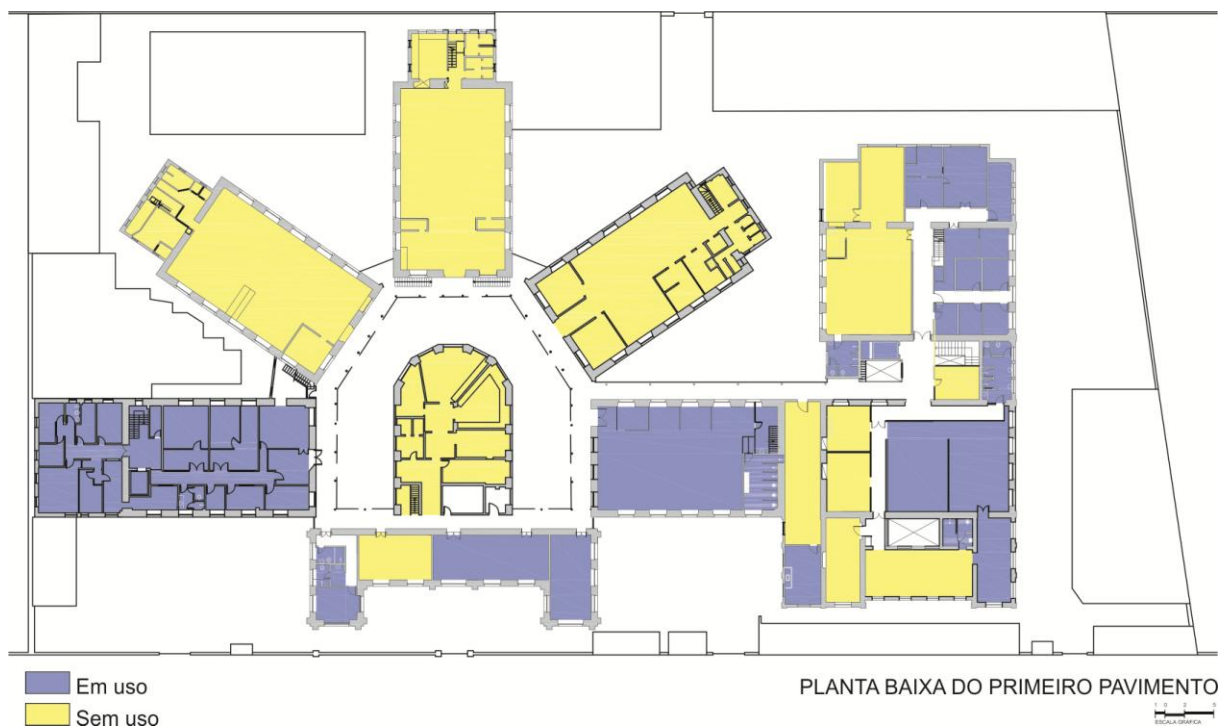


Figura 139 – Planta Baixa do Primeiro Pavimento – Ocupação. Fonte: Plano Diretor, 2004.

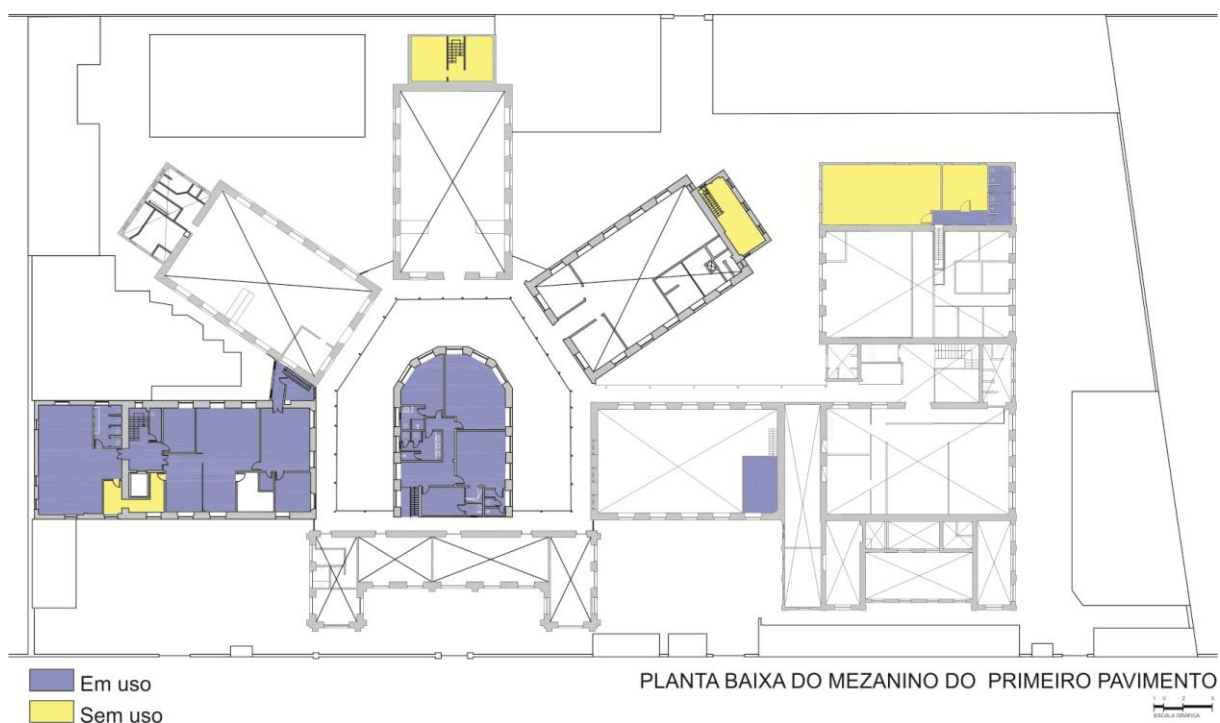


Figura 140 – Planta Baixa do Mezanino do Primeiro Pavimento – Ocupação. Fonte: Plano Diretor, 2004.

Como é possível observar nas plantas acima, a parte original da construção, quase todos os pavilhões radiais, encontra-se sem uso. Isso acontece por causa do estado de conservação ruim que se encontram, devido à falta de reformas e investimentos na edificação. O uso

hospitalar requer ambientes asseados que não podem apresentar nenhum tipo de contaminação. Entre os danos encontrados, foi possível listar assoalho danificado, forros faltantes, telhados em ruínas e a presença e infestação de pragas urbanas. Atualmente o hospital tem uma parte considerável de seu conjunto arquitetônico desocupado e com uso irregular. O resto do conjunto apresenta-se ocupado com ambientes divididos por divisórias precárias que compartimentam a planta e afetam suas características arquitetônicas originais. A alteração interna que mais descaracterizou a edificação histórica foi a instalação dos mezaninos que dividiram o pé direito da edificação. Os mezaninos foram construídos nos cinco raios sobre o pavimento térreo, e apenas em um raio no primeiro pavimento. A edificação originalmente de dois pavimentos com cinco metros de pé direito cada, se transformou em uma edificação com quatro pavimento, com dois metros e meio de pé direito cada. A inserção dos mezaninos interfere diretamente na leitura dos ambientes e das fachadas, visto que seccionam os vãos de janelas (Figura 141, Figura 142, Figura 143 e Figura 144).

Os prédios que se encontram em pior estado de conservação devido ao acréscimo de carga em virtude da instalação dos mezaninos e troca das lajes são os prédios 3 e 5. O mezanino construído no prédio 3 apoia-se sobre as paredes divisórias e está todo desativado devido às condições ruins que apresenta. O excesso de carga criou muitas rachaduras e frestas nas paredes, que junto à presença de umidade, formaram vegetações. Essas plantas cresceram indiscriminadamente pela parede piorando o estado da fachada.

O prédio 5, a torre de observação da arquitetura panóptica, apresenta problemas estruturais devido a sobrecarga feita na estrutura com a reforma do primeiro pavimento, que originalmente era feito com estrutura de madeira e foi substituído por sistema de viga e laje de concreto, e também com a colocação do mezanino. Existem indícios de esmagamento da alvenaria devido a sobrecarga, devendo essa parte da edificação passar por avaliação criteriosa. O prédio 2 apresenta condições regulares no pavimento térreo, porém há muitos problemas estruturais no primeiro pavimento. O piso do primeiro pavimento do prédio mantém a sua estrutura original em barrotes que estão reforçados com tirantes, mas devido as más condições internas, o andar encontra-se desativado⁴⁹¹.

O prédio 3 é o que se encontra em pior estado de conservação em relação aos demais, quase sua totalidade apresenta-se desativado, com exceção de algumas salas no térreo. A infiltração e a perda de argamassa deixou a alvenaria desprotegida. A presença de umidade

⁴⁹¹ PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Relatório de Vistoria Estrutural Preliminar*. Rio de Janeiro - Vol. 1. Fev. 2004. p. 3-15.

junto com o abandono completo possibilitou o crescimento de vegetações⁴⁹². As vegetações apresentam-se abundantemente neste prédio, já que este é o que está abandonado por mais tempo (ver Figura 145, Figura 146, Figura 147, Figura 148, Figura 149, Figura 150 e Figura 151).



Figura 141 – Vista Interna do Mezanino interferindo na esquadria da edificação. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 142 – Laje pré-moldada que estrutura o Mezanino do Primeiro Pavimento. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 143 – Vista interna do vão correspondente à Torre de Observação que ligava à passarela. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 144 – Foto interna de uma das Salas de Apoio à Saúde da Comunidade. Essa é uma das partes em uso que apresentam um bom estado de conservação. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.

Os pisos e mezaninos dos prédios 4, 6 e 7 são os que apresentam melhores condições estruturais e de uso. Os pisos do prédio 4 foram divididos em dois por estruturas de vigas e

⁴⁹² PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Relatório de Vistoria Estrutural Preliminar*. Rio de Janeiro - Vol. 1. Fev. 2004. p. 15-18.

lajes de concreto armado formando os mezaninos. Essa área é uma das melhores do conjunto, com pintura interna nova, e salas bem equipadas. O prédio 6 apresenta-se com piso do primeiro pavimento original e em bom estado. Nesse prédio foram colocados mezaninos leves de madeira. O piso do prédio 7 ainda permanece original, onde pode-se observar os barrotes de madeira que já foram reforçados por dois tirantes metálicos dispostos lateralmente a seção dos barrotes⁴⁹³. O prédio 7 e 7A são construídos contíguos um ao outro mas apresentam datas de construções diferente.

O prédio 7 foi construído em 1879, enquanto o prédio 7A data-se de 1922. Externamente o prédio apresenta-se como o conjunto, com muitos danos nas paredes, platibandas e esquadria das janelas⁴⁹⁴. Grande parte da estrutura atual do Hospital Escola está funcionando nesses prédios do conjunto, sendo eles os que apresentam o melhor estado de conservação. Ainda sim existem muitos problemas no funcionamento da edificação, como excesso de divisórias e repartições descaracterizantes, pintura gasta e descolamento do reboco. As ampliações mal feitas em quase todos os prédios geraram inúmeras fissuras, facilmente identificáveis. Essas fissuras são as principais responsáveis pela presença de vegetação na fachada (ver Figura 152 e Figura 153).

A cobertura da edificação encontra-se em estado de conservação ruim. No prédio 1, a cobertura do primeiro pavimento está toda escorada para não ceder. Na cobertura do prédio 2 foram encontrados peças atacadas por xilófagos e regiões onde a umidade apodreceu a madeira. Foram feitos reforços nas tesouras, mas o estado de conservação está péssimo⁴⁹⁵. O telhado do prédio 4 também apresenta infestação por xilófagos e tesouras que necessitam de substituição. Algumas delas tiveram peças cortadas para adaptações na edificação e há também uma treliça metálica que reforça a estrutura dessa cobertura. Externamente ao prédio 1, lado direito, há uma cobertura em concreto em mau estado, que se apoia de um lado sobre um pórtico de concreto e de outro na parede estrutural. Ao apoiar na parede da edificação, a cobertura corta as janelas ao meio, danificando o todo da fachada.

Além da depredação das fachadas pela falta de manutenção, muitas das peças que ornamentam a edificação estão sendo perdidas. A infiltração danifica continuamente o reboco, descolando e perdendo para sempre os ornatos. Os guarda-corpos de ferro encontram-se enferrujados, alguns muito danificados e já apresentando partes faltantes. As esquadrias das janelas e portas, assim como muitas vergas em arco, estão danificadas (ver Figura 154, Figura 155, Figura 156, Figura 157 e Figura 158).

⁴⁹³ PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Relatório de Vistoria Estrutural Preliminar*. Rio de Janeiro - Vol. 1. Fev. 2004. p. 3-15.

⁴⁹⁴ Ibid. 18-25.

⁴⁹⁵ Ibid. p. 10-25.



Figura 145- Vista Lateral do Prédio 3 onde pode se observar o péssimo estado de conservação. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 146 – Prédio 3, um dos piores em estado de conservação, nota-se a grande quantidade de vegetação crescendo na fachada. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 147 – Mais uma vista do Prédio 3. Nota-se que grande parte da fachada e da estrutura comprometida. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 148 – Detalhe do Prédio 3 que está em alto estado de degradação. Nota-se as esquadrias danificadas, a falta de vidros, reboco faltante e inúmeras vegetações crescendo nas paredes e telhados. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 149 - Barrote do Prédio 3 com ataque de xilófagos. Pode-se observar o péssimo estado de conservação da estrutura e a falta de forro no teto. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 150 - Vista Interna do Pavimento Térreo do Prédio 3. No fundo da edificação pode-se observar a ligação com o anexo. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.

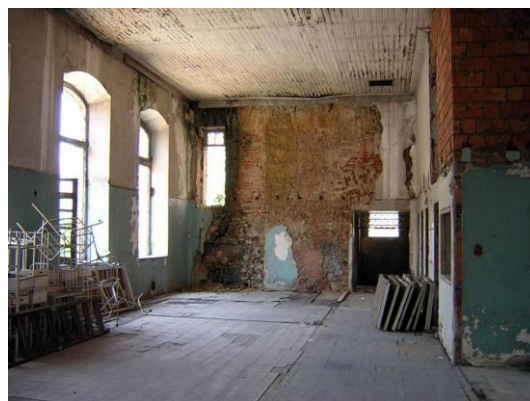


Figura 151 – Vista Interna do Primeiro Pavimento do Prédio 3, onde é possível observar o estado das paredes, do forro e do piso em madeira. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 152 – Detalhe da Alvenaria Mista que estruturam os prédios originais. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 153 – Anexo construído no prédio 1. A construção de alvenaria de tijolos se encontra em estado de conservação ruim. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.

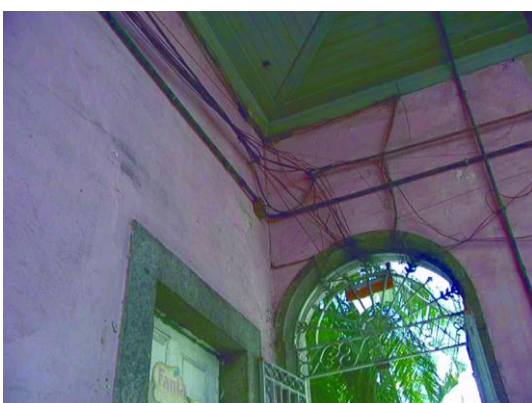


Figura 154 – A edificação possui grande quantidade de instalações elétricas mal feitas como a da foto acima, colocando o prédio em risco de incêndio. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 155 – Detalhe da Sacada do Bloco 5. Nota-se a presença de ferrugem danificando as peças em ferro. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 156 – Visada interna do pátio entre os pavilhões radiais. Nota-se que a edificação tem muitas pichações e danos na fachada. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 157 – Detalhe do guarda corpo em ferro interrompido para a construção de um elevador no prédio 7ª. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 158 – Interior do Prédio 1. Nota-se a precariedade das instalações elétricas e a falta de forro no teto. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.

O espaço arquitetônico do bem de valor artístico e histórico nacional transformou-se em um local de abrigo de ratos, ninho de pombos, e outras pragas urbanas. Além disso, os danos e patologias da construção comprometeram uma boa parte das características arquitetônicas que não conseguirão se recuperar totalmente⁴⁹⁶.

Os prédios 1, 2 e 3 receberam acréscimos nas fachadas externas menores datadas da grande reforma de 1922. Esses acréscimos foram construídos para a instalação de sanitários. Apesar de necessários, os anexos seccionaram os vãos originais das janelas e como a junção à antiga edificação foi mal feita, atualmente há muitas fissuras nesses encontros de paredes. A edificação apresenta muitas patologias, com algumas partes em estado próximo a ruína. Parte do conjunto estava tão degradado que teve que ser demolido. Essas marcas ainda estão presentes nas edificações adjacentes. Na edificação construída para abrigar as salas de esterilização, prédio 08, há marcas de uma edificação adjacente demolida. Apesar do prédio ser relativamente recente, as condições de externas e internas não são boas (Figura 159). Durante o levantamento feito para o Plano Diretor em 2004, foi possível encontrar vestígio de passarelas de ligação do prédio 05, a torre do panóptico, com uma varanda que o unia no segundo pavimento aos prédios 01, 02, 03, 04 e 7A (Figura 160 e Figura 161)⁴⁹⁷.



Figura 159 – O prédio da Esterilização apresenta aspecto degradado e não apresenta características estilísticas que harmonizam com o conjunto original. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 160 – Detalhe da Circulação Externa onde é possível encontrar vestígio da Passarela que ligava os raio à Torre do Panóptico. Fonte: Plano Diretor, 2004.



Figura 161 - Circulação Externa do Primeiro Pavimento coberto por estrutura de madeira ou em abobadilhas sustentadas por pilares metálicos. Fotografia: Desconhecido. Fonte: Plano Diretor, 2004.

⁴⁹⁶ SOUZA; RIBEIRO, 2002, p.132.

⁴⁹⁷ PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Relatório de Vistoria Estrutural Preliminar*. Rio de Janeiro - Vol. 1. Fev. 2004 p. 10-25.

O conjunto arquitetônico do Hospital Escola São Francisco de Assis apresenta muitos danos externos. São muitas esquadrias danificadas, vidros quebrados, pichações e paredes danificadas sem pintura e sem reboco, onde se pode visualizar a alvenaria de pedras. A platibanda apresenta problemas em todo o perímetro da edificação, com muitas rachaduras, manchas de umidade e presença de fungos, vegetação nascente nas paredes e no telhado. Há ainda danos nas calhas e na estrutura do telhado em várias partes. Esses danos estão explícitos na fachada, escondendo que dentro daquela edificação ainda funciona um hospital ligado a uma das melhores Universidades do país. Os problemas internos são muitos, localizados principalmente nos pavilhões sem uso. Os problemas nos pavilhões em uso são geralmente danos no assoalho e nos forros, pintura gasta nas paredes e problemas na cobertura. Apesar da permanência do uso na edificação, o observador que passa pela Av. Presidente Vargas não acredita que dentro daquela edificação em estado péssimo de conservação, funciona um Hospital.

Desde a publicação e entrega do Plano Diretor do Hospital Escola São Francisco de Assis em 2004 pouca coisa foi feita. Os prédios do conjunto continuaram se deteriorando cada vez mais. As manchas e danos nas esquadrias continuaram e a restauração urgente a qual o Plano Diretor se propunha a fazer ainda não aconteceu. Fotografias do Hospital em 2013 mostram que os danos permanecem e o conjunto aparenta completo abandono (Figura 162, Figura 163, Figura 164, Figura 165, Figura 166, Figura 167, Figura 168 e Figura 169).

Apesar do estado de conservação de ruim a péssimo, o conjunto arquitetônico permanece abrigando o Hospital que, em pleno funcionamento, realiza diversas atividades ambulatoriais e de atenção primária à saúde. Há programas de apoio e de assistência que atendem a população da região. Os programas de ensino, pesquisa e extensão são desenvolvidos nos ambientes do hospital sob a direção da Escola de Enfermagem Anna Nery e todo o atendimento feito à população é integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Como visto na planta de ocupação da edificação, a utilização do conjunto tombado não é completa. Várias partes estão desativadas devido às condições ruins que apresentam. As partes da construção original, que ainda apresenta uso, foram compartimentadas com divisórias e paredes, dessa forma são quase impossíveis de identificar as divisões originais dos prédios. As plantas baixas foram levantadas no Plano Diretor de 2004 e foi possível visualizar como tem sido feito a uso da edificação. As divisões dos consultórios são feitas com divisórias de madeira ou PVC estruturadas por perfis de alumínio. Essas divisões, além de descaracterizar a parte interna do conjunto, elas não oferecem beleza, nem proteção acústica aos ambientes. Como não há internação no hospital, a única utilização possível para os grandes salões abertos seriam salas para reunião e palestras para os grupos de apoio e assistência da instituição (ver Figura 170, Figura 171, Figura 172 e Figura 173).



Figura 162 – Estado de conservação atual da fachada principal do Hospital. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.



Figura 163 – Foto mostra as esquadrias e os vidros danificados. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.



Figura 164 - Fotos do estado atual do interior da edificação, é possível notar o total estado de abandono. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.



Figura 165 - Nessa imagem é possível observar que partes da edificação já estão em ruínas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.



Figura 166 – A pintura externa e o reboco das paredes e platibandas apresentam-se em estado de conservação ruim. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.



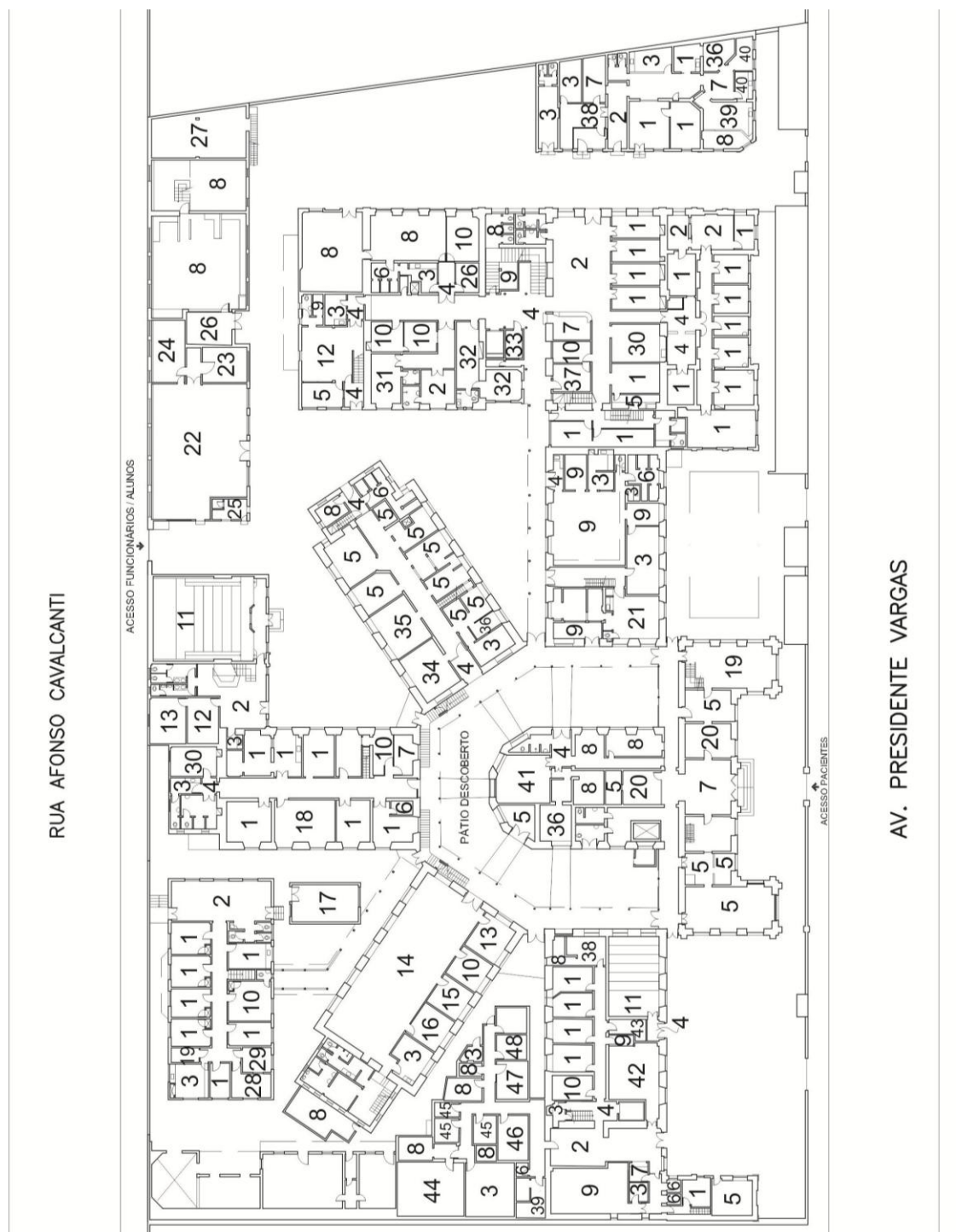
Figura 167 – Detalhe do Corredor de Acesso aos pavilhões. Nota-se danos no revestimento, pintura e nos azulejos. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.



Figura 168 – Foto mostra o jardim e as esquadrias e paredes da Torre Central de Observação bem danificados. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.



Figura 169 - Esquadrias das Janelas voltadas para a parte central da edificação estão bastante danificadas. Fotografia: Marco Antônio Cavalcanti, 2013 Fonte: Cavalcanti, 2013.



PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO TÉRREO

ESCALA: 1:0, 2:0, 4:0

Figura 170 - Planta Baixa do Pavimento Térreo – Usos. Fonte: Plano Diretor, 2004.

LEGENDA:

1. Consultório	13. Sala de reunião	25. Cabine do vigia	36. Eletrocardiograma
2. Sala de espera	14. Salão	26. Xerox	37. Coleta
3. Copa	15. Bazar	27. Lixeira	38. Esterilização
4. Hall	16. Atelier	28. Hospital Dia	39. Expurgo
5. Sem uso	17. Subestação	29. Posto de Enfermagem	40. Marcenaria
6. Banheiro	18. Ginásio	30. Repouso	41. Sala de Palestra
7. Recepção	19. Farmácia	31. Raios-X	42. Sala de Computação
8. Depósito	20. Triagem	32. RH/Dep. Pessoal	43. Laboratório
9. Arquivo	21. Nutrição	33. Oxigênio	44. Carga Viral/
10. Coord./Adm.	22. Cantina	34. Serviços Gerais	45. Sala de Bacteriologia
11. Auditório	23. Cozinha	35. Estar Serviços Gerais	46. Sala de Bioquímica
12. Secretaria	24. Despensa	Vestiário	47. Sala de Hematologia

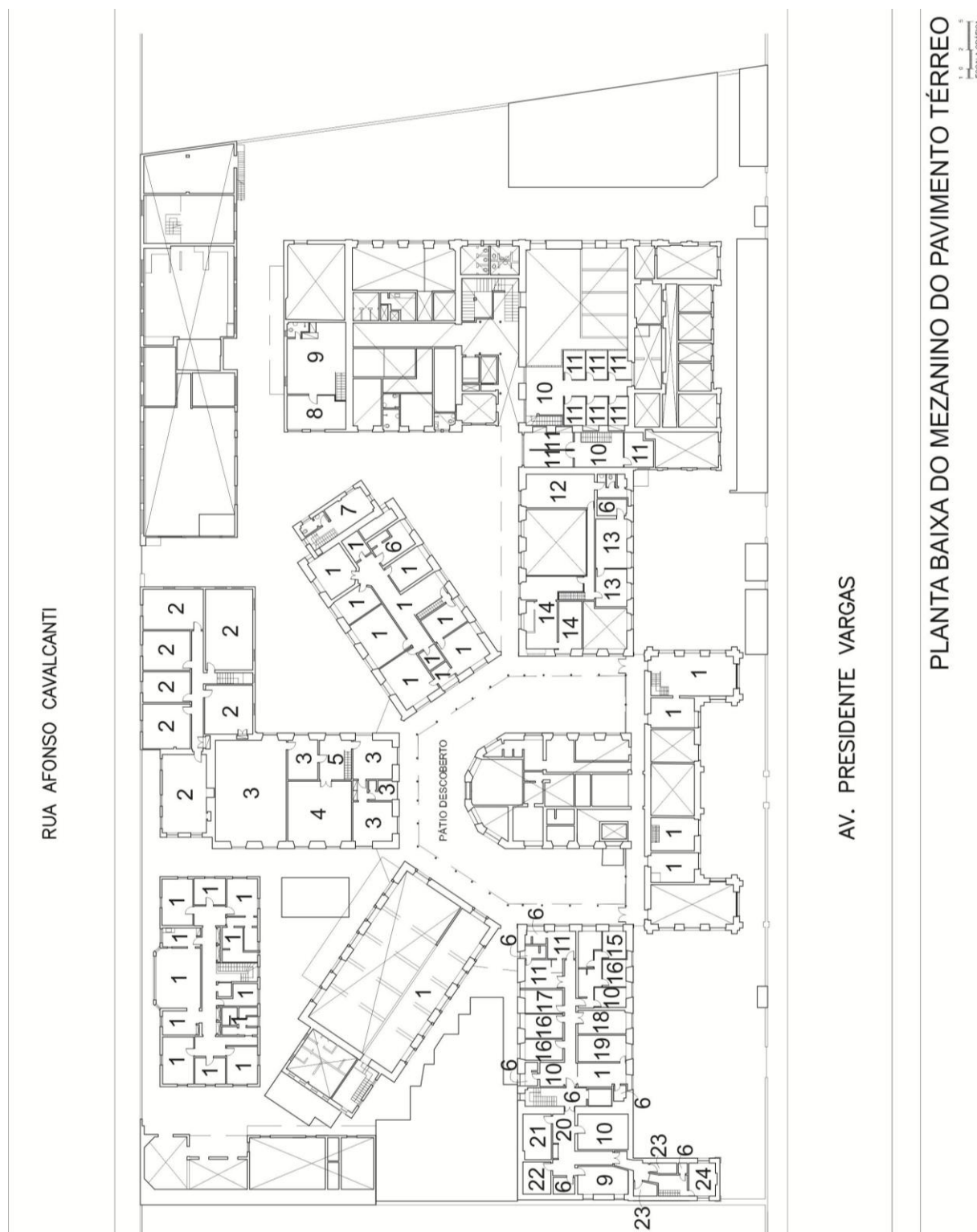


Figura 171 – Planta Baixa do Mezanino do Pavimento Térreo – Usos. Fonte: Plano Diretor, 2004.

LEGENDA:

1. Sem uso	7. Dormitório de vigias	13. Neuropsicológica	19. Arquivo
2. Sala de aula	8. Direção	14. CEPRAL	20. Recepção
3. Desativado	9. Sala de Reunião	15. Chefe	21. Recrutamento
4. Ginásio Ed. Física	10. Espera	16. Sala de coleta	22. Chefe recrutamento
5. Hall	11. Consultório	17. Aconselhamento	23. Depósito
6. Banheiro	12. Arquitetura	18. Supervisão	24. Praça XI

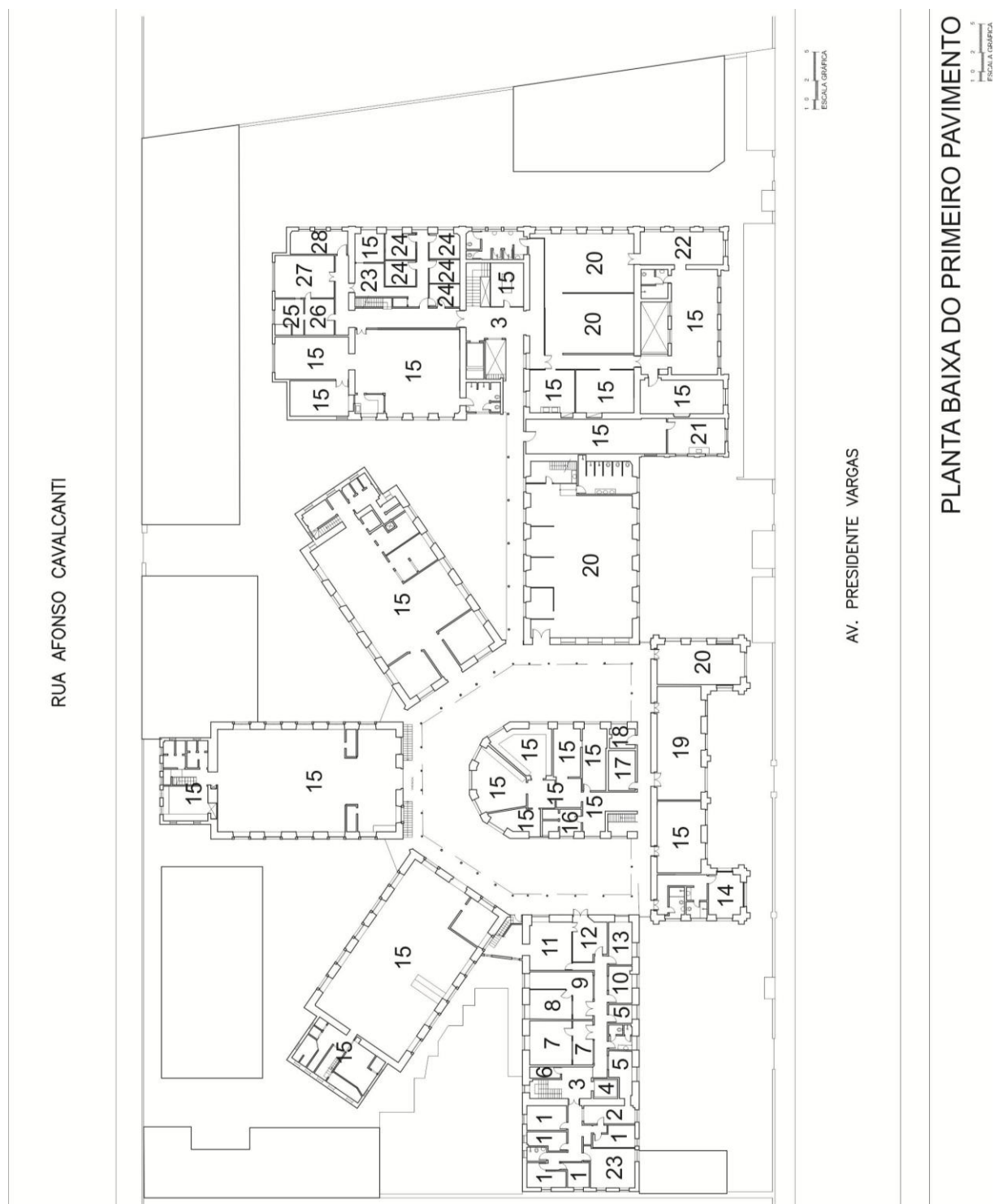


Figura 172 - Planta Baixa do Primeiro Pavimento – Usos. Fonte: Plano Diretor, 2004.

LEGENDA:

1. Consultório	8. Coord. Praça XI	15. Sem uso	22. Arquivo Esc. Enf. Anna Nery
2. Recepção	9. Secretaria	16. Banheiro	23. Espera
3. Hall	10. Copa	17. Ondas curtas	24. Consultório
4. Elevador	11. Farmácia	18. Turbilhão	25. Sala de aula
5. ADM	12. Almoxarifado	19. Ginásio fisioterapia	26. Arquivo
6. Coleta	13. Laboratório	20. Fisioterapia	27. Lab. Pedagógico NUPESM
7. CPD	14. Secretaria PACEM	21. Copa de funcionários	28. Arquivo Museu Anna Nery

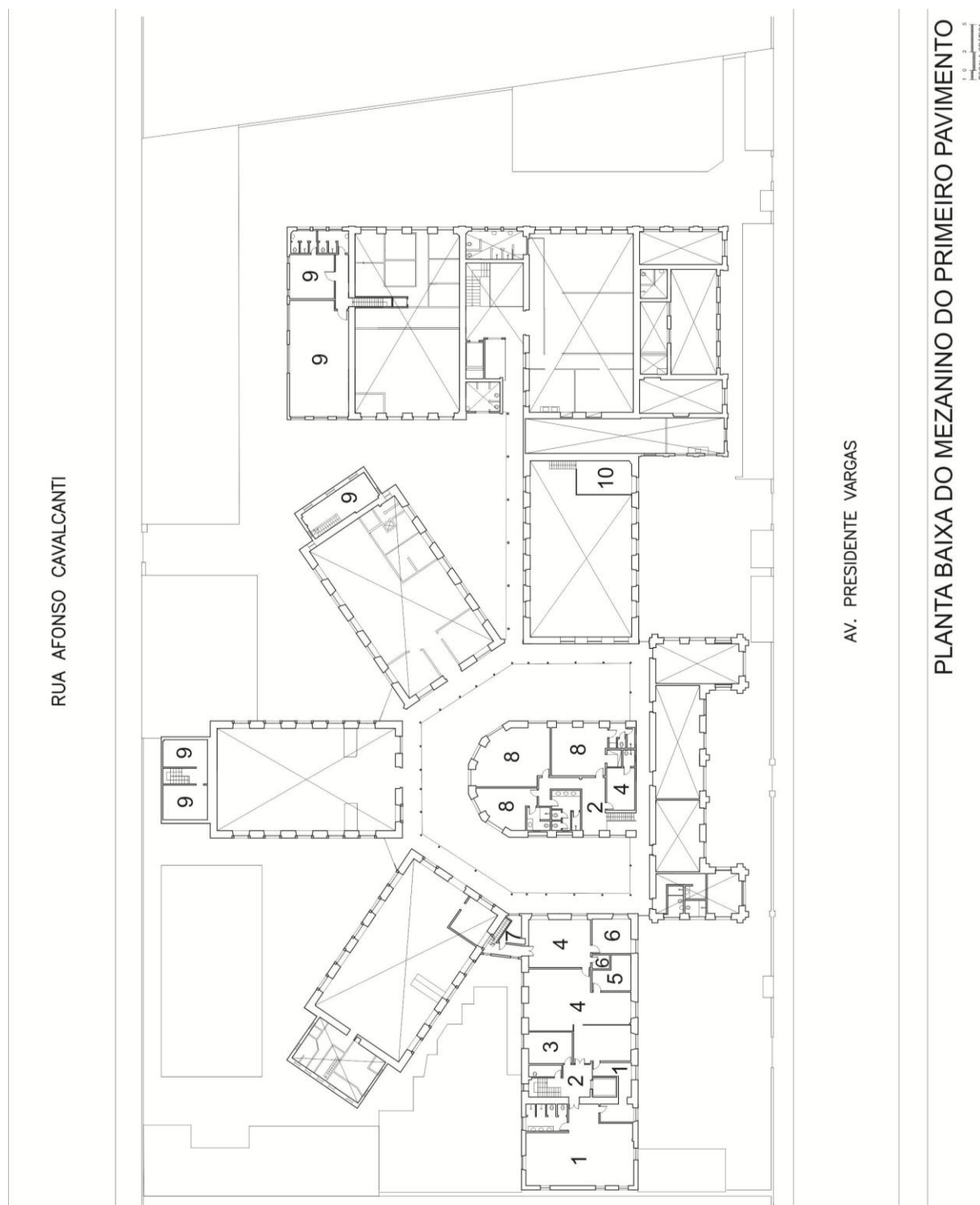


Figura 173 - Planta Baixa do Mezanino do Primeiro Pavimento – Usos. Fonte: Plano Diretor, 2004.

LEGENDA:

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. Desativado | 6. Banheiro |
| 2. Hall | 7. Copa |
| 3. Arquivo morto | 8. Consultório |
| 4. PACEM | 9. Sem uso |
| 5. Fechado | 10. Arquivo |

A constante compartimentação do espaço, inclusive com a presença dos mezaninos, descaracteriza os espaços internos da edificação. As principais modificações foram feitas durante a reforma de 1922, quando o asilo se transformou em Hospital Geral. Outras modificações foram feitas durante os anos de uso, como a construção dos anexos em seu terreno que fica entre a Avenida Presidente Vargas e Rua Afonso Cavalcanti. As reformas apressadas de 1988 para agilizar a reabertura do hospital também foram responsáveis pela descaracterização do espaço. Recomenda-se a demolição de grande parte dos anexos, com o objetivo de devolver ao conjunto seus aspectos originais. A demolição dos elementos anexos é capaz de devolver ao monumento sua espacialidade inicial, e poderá permitir ao usuário a percepção das particularidades arquitetônicas do estilo panóptico. Recomenda-se também a restauração dos elementos originais da fachada, respeitando a proporção dos vãos originais, e as esquadrias das janelas e portas. Para os mezaninos é recomendado o afastamento deles das fachadas ou a sua retirada total. Eles devem se apoiar em estrutura própria e sendo vedada qualquer interferência nas esquadrias originais.

O tombamento do prédio do Hospital Escola São Francisco de Assis e o seu reconhecimento como monumento deveria ser suficiente para garantir o investimento na preservação de seu conjunto arquitetônico. Pois através desse reconhecimento como obra de arte e monumento que o Patrimônio Cultural se estabelece como digno de preservação e restauração. Esse valor pode ser de diversas naturezas: histórico, estético ou artístico, memorial, simbólico, antropológico, entre outros⁴⁹⁸. Porém isso não ocorreu, a falta de verbas para investimento no Patrimônio Cultural é recorrente no Brasil e muitas edificações estão fadadas a perder as suas características originais por falta de reformas e restaurações preventivas.

O edifício do Hospital Escola São Francisco de Assis foi reconhecido como Patrimônio e foi inscrito no Livro de Tombo de Belas Artes. Isso comprova que o conjunto da edificação teve seu valor artístico reconhecido. Para Riegl, todo monumento artístico, sem exceção, é ao mesmo tempo um monumento histórico, pois representa um determinado estado da evolução das artes plásticas, assim como todo monumento histórico é também um monumento artístico, pois contém uma série de elementos artísticos característicos de uma época⁴⁹⁹.

O Conjunto do Hospital, apesar de ter o seu valor reconhecido, não recebeu investimentos para restauração por décadas, o que levou a degradação da sua estrutura. O abandono e a falta de uso em grandes partes do conjunto levaram a sensação de que o hospital foi

⁴⁹⁸ CUNHA, 2010. P. 17

⁴⁹⁹ RIEGL, 1987. P. 25.

esquecido pelo poder público e pela UFRJ, proprietária do imóvel. Atualmente a edificação encontra-se em estado de conservação de ruim a péssimo.

O monumento é somente um substrato concreto inevitável para produzir em quem o contempla aquela impressão psíquica que causa no homem moderno a ideia do ciclo natural de nascimento e morte, do surgimento do indivíduo a partir do geral e de seu desaparecimento gradual e necessariamente natural no geral⁵⁰⁰.

O prédio do Hospital Escola São Francisco de Assis foi tombado e reconhecido como monumento em 1983, porém nunca obteve investimentos necessários para salvaguardar as suas características estéticas e históricas. A valorização de uma edificação como monumento a ser preservado inicia-se na sua proteção legal, e leva a crer que a partir de então o estado de conservação da edificação será mantido e esta será conservada. A falta de verbas para reformas e adaptações a novos usos pode levar a perda do uso e o abandono da edificação. Ao perder o uso a edificação perde a sua manutenção e conservação diária, o que com o tempo leva a perda de suas características originais.

O abandono de um bem tombado como patrimônio histórico-artístico é uma situação controversa. Não se espera que uma edificação reconhecida como parte da formação da identidade de uma nação sucumba aos danos causados pelas ações do tempo. A restauração preventiva, definida por Brandi como a vigilância conservativa e salvaguarda do *status quo* da obra de arte, não é aplicada nos monumentos e muitos ficam fechados por anos até que a restauração de urgência seja aplicada. Segundo Brandi⁵⁰¹ a restauração preventiva visa evitar a restauração de urgência, pois nessa última dificilmente será possível salvar todos os aspectos importantes e que compõe a identidade do monumento. O abandono do espaço físico da edificação tombada é muito frequente se forem analisadas as edificações reconhecidas como Patrimônio Arquitetônico da Saúde. As edificações hospitalares apresentam problemas específicos devido a natureza complexa dos procedimentos médicos realizados em seu interior. A constante necessidade de mudanças e avanços médicos leva a saída dos hospitais das antigas edificações, levando o monumento reconhecido e tombado ao abandono.

A restauração preventiva é mais eficiente quando o monumento mantém o seu uso através dos anos. No caso do Hospital Escola São Francisco de Assis, o conjunto da edificação foi tombado já em situação de risco, quando se apresentava sem uso e abandonado pela UFRJ. A edificação foi degradada aos poucos pela má administração e pelo abandono, o que gerou o estado de conservação que se encontra. Apesar de ter sido ocupada posteriormente para abrigar os serviços primários de saúde, nenhuma reforma foi feita no

⁵⁰⁰ RIEGL, 1987. p. 39.

⁵⁰¹ BRANDI, 2004. p. 102.

conjunto como um todo. Muitas partes do conjunto foram abandonadas por não se adequarem ao uso médico atual, e essas partes são as que mais correm riscos de ruir.

A reutilização do bem é o meio mais eficaz de para garantir a sua preservação, pois um monumento sem uso se deteriora rapidamente enquanto aquele mantido em funcionamento pode durar séculos⁵⁰².

A construção do conceito de monumento do Hospital Escola São Francisco de Assis não garantiu investimentos para a sua preservação efetiva, apesar de ser reconhecido como importante e digno da mesma. Com o passar dos anos, o abandono foi desconstruindo o monumento, apagando-o da memória da sociedade e levando-o a ruína.

Garantida a memória cultural e arquitetônica do bem, também assume grande importância a manutenção do uso para garantir que o que for restaurado se perpetue e ganhe caráter conservativo exatamente por meio deste⁵⁰³.

O Hospital Escola São Francisco de Assis é um grande exemplo de abandono do Patrimônio Arquitetônico da Saúde. Reconhecido como monumento digno de preservação em 1983 a edificação nunca passou por uma restauração. O estado atual do conjunto é sofrível, nota-se um verdadeiro descaso das autoridades e dos proprietários. Apesar de aparentar estar completamente abandonado e sem uso, o hospital ainda apresenta funções relacionadas a prevenção e atendimento à saúde, como atenção básica e programa de saúde da família. A sensação de ser tratado em um hospital com as condições físicas atuais é péssima para os pacientes, mesmo que sejam atendimentos rápidos e ambulatoriais. O sentimento de abandono não é apenas com o patrimônio, mas também com a saúde e com o atendimento das pessoas mais pobres.

Por ser um hospital de extrema importância para o Patrimônio Cultural da Saúde ele deve ser preservado e suas características originais devem ser resgatas e conservadas. Acredita-se que o Hospital Escola São Francisco de Assis é capaz de manter o uso hospitalar, prestando serviços de atendimento básico a saúde. Com isso, serão necessários apenas equipamentos que podem se adequar as instalações já existentes na edificação.

Dessa forma, o Hospital Escola São Francisco de Assis deverá ser restaurado para devolver ao conjunto a sua condição de monumento. O reconhecimento como patrimônio deve ser o grande incentivador da restauração corretiva e manutenção constante da edificação. Sabe-se que o estado de conservação atual do Hospital Escola São Francisco de Assis seria muito melhor se ele não tivesse sido abandonado por muitos anos e se a conservação tivesse sido feita de maneira eficiente.

⁵⁰² KÜHL, 1998. p. 209.

⁵⁰³ SOUZA; RIBEIRO, 2002, p.133.

O conjunto, em estilo Neoclássico, é imponente e se destaca na Av. Presidente Vargas. A arquitetura do conjunto não é comum, principalmente em termos de implantação, pois apresenta uma disposição radial dos prédios, voltada para a observação do interior⁵⁰⁴. O monumento é um marco institucional do Rio de Janeiro. Sua história e arquitetura, desde a criação do Asilo até a transformação para Hospital Escola, configuram um marco da região da Cidade Nova, e é um dos únicos remanescentes do Rio de Janeiro Imperial dessa região.

⁵⁰⁴ SOUZA; RIBEIRO, 2002. P. 131.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A arquitetura se propôs a acompanhar esses desafios. Quando a função do hospital era amparar o doente até a morte, expressava-se como legítimos monastérios, de construção sólida e robusta, lugar de recolhimento e contemplação. Diante da necessidade de buscar melhores condições para a recuperação e cura de seus pacientes, a arquitetura hospitalar procurou se tornar mais leve, abrindo vãos e pátios, aumentando a altura dos pés-direitos internos, descobrindo e adotando materiais e recursos construtivos para o melhor aproveitamento do ar e do sol saudável⁵⁰⁵.

A saúde e a medicina no Brasil acompanharam a evolução social, protegendo e excluindo aqueles que convinham à sociedade. As principais influências na organização social brasileira partiam da Igreja Católica e depois da foram modificadas pela chegada da industrialização e do capitalismo. Quando as cidades ainda eram consideradas pequenas, onde a população de pobres, mendigos e vadios eram controladas, as pessoas não viam problemas na sua presença, visto que a imagem santificada do pobre era muito defendida pela Igreja. As mudanças vieram com o aumento populacional e crescimento das cidades, que fez com que o número de doenças se alastrasse e a desigualdade social crescesse. Como dito anteriormente, em uma sociedade capitalista, aqueles que não trabalhassem eram considerados perigosos ao sistema e deviam ser combatidos. A meta de modernizar o país recém independente e estabelecê-lo como Nação moderna, também buscava a exclusão e combate dessas pessoas da sociedade.

Para controlar os pobres, os mendigos, os vadios, os doentes, os loucos, os órfãos e os meninos de rua, se desenhou um mecanismo de assistência e exclusão social, que Silva Júnior, define como o Pentágono traçado pelas linhas que cercam e separam os enjeitados da sociedade e que em cada ponto é estabelecido um estabelecimento para se responsabilizar por eles⁵⁰⁶. Para os criminosos, os infratores e os vadios, foi criada a Casa de Correção, onde os internos eram obrigados a fazer trabalhos forçados. Para os órfãos, meninos de rua e os expostos, foram criados a Casa dos Expostos, destinado a crianças abandonadas, e o Recolhimento das órfãs, destinado a meninas órfãs sem abrigo familiar. Para abrigar os doentes foi reconstruído o Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia, destinada ao tratamento de doentes pobres. Para abrigar os alienados, foi construído o Hospício de Pedro II. E por fim para abrigar os mendigos inválidos, foi criado o Asilo da Mendicidade, que além da população pra qual foi destinado, recebia toda a sorte de pessoas que não se enquadravam nas outras instituições de assistência.

De todas as edificações construídas durante o século XIX como estabelecimentos asilares para controle dos pobres do Império, as três que tiveram mais destaque foram estudadas

⁵⁰⁵ COSTA, 2008. p. 132-133.

⁵⁰⁶ SILVA JÚNIOR, 2000, p. 57.

nesse trabalho. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, o Hospício de Pedro II e o Asilo da Mendicidade, atualmente apresentam seu patrimônio arquitetônico preservado pelo IPHAN e compõe o Patrimônio Arquitetônico da Saúde Brasileiro. Essas três edificações foram paradigmas no campo da saúde e da medicina do século XIX.

A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, fundada em 1582, teve seu hospital colonial demolido e reconstruído entre 1840 e 1852. A nova edificação construída com os preceitos modernos de higiene e salubridade tornou-se referência para a época, tornando-se a inspiração em outras reformas e construções ao longo do país. A Instituição da Irmandade da Misericórdia continuou a gerir o hospital, que aos poucos deixou as características de hospital de caridade para se tornar um hospital higienista. A nova fachada construída entre 1852 a 1865 deu a edificação a monumentalidade e as características neoclássicas. A beleza do plano de José Maria Jacinto Rebelo e do Frontispício de Luís Giudice atribuíram a edificação o conceito de monumento artístico. A edificação do hospital sempre apresentou o uso hospitalar, mesmo que este tenha modificado as suas necessidades ao longo dos anos e da evolução dos tratamentos médicos. Apesar do projeto do século XIX apresentar sanitários, cozinha e serviços de apoio bem estruturados, a edificação, para se adaptar ao programa de necessidades de um hospital tecnológico, foi passando por pequenas adaptações e reformas ao longo dos anos.

A edificação da Santa Casa da Misericórdia foi tombada pelo IPHAN em 1938, uma das primeiras edificações a ser tombada pelo órgão. A sua importância histórica garantiu a preservação de sua arquitetura. A edificação foi inscrita no Livro de Belas Artes em 15 de julho de 1938, com o número de inscrição 174. Como afirma Riegl, todo monumento artístico, sem exceção, é ao mesmo tempo um monumento histórico, pois representa um determinado estado da evolução das artes plásticas, assim como todo monumento histórico é também um monumento artístico, pois contém uma série de elementos artísticos característicos de uma época⁵⁰⁷.

A edificação da Santa Casa é um paradigma tanto para a História da Arquitetura Hospitalar quanto para a História da Arte e da Arquitetura Neoclássica. A edificação atualmente apresenta um estado de conservação externo bom, com danos pontuais na fachada, como manchas nas pedras e ornatos do frontispício, pintura desgastada e manchada por umidade em alguns pontos. O grande problema da edificação é internamente, onde apresenta muitos danos e más condições de salubridade que levaram a interdição do hospital em outubro de 2013 pela Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro. Apesar de manter o uso hospitalar na sua edificação e esse ter apresentado mudanças ao longo dos anos,

⁵⁰⁷ RIEGL, 1987, p. 25.

comprova-se que as reformas realizadas para adaptação às novas necessidades não foram feitas adequadamente.

A edificação construída para abrigar grandes enfermarias com múltiplos leitos já não se enquadra nas recomendações atuais de no mínimo três leitos e no máximo seis leitos por enfermaria⁵⁰⁸. Outras demandas como equipamentos de diagnósticos grandes, ou que necessitam de ambientes flexíveis, áreas cirúrgicas tecnológicas que necessitam de andares técnicos e equipamentos de esterilização do ambiente, não se enquadram na edificação oitocentista. Afirma-se, porém que a edificação possa manter o uso voltado à área de saúde, com atendimentos primários e serviços básicos da atenção secundária. Esses níveis de atendimento requerem menos flexibilidade e exigem menos reformas que os níveis terciários de atendimento à saúde da população⁵⁰⁹. O hospital da Santa Casa possui diversos usos que vai desde o atendimento ambulatorial até a internação e cirurgia, sendo classificado como um Hospital de Referência⁵¹⁰ para a cidade do Rio de Janeiro.

Apesar da interdição da Santa Casa da Misericórdia em outubro de 2013, atualmente ela foi liberada para funcionar em alguns setores do hospital, são quinze ambulatórios com serviços de atendimento clínico, ginecológico, oftalmológico, dermatológico, cardiológico e psiquiátrico, duas enfermarias para internação e o serviço de Radiologia. Porém, conforme os diretores do estabelecimento, existe a intenção de voltar ao serviço completo da edificação como Hospital de Referência, abrigando um complexo setor hospitalar e uma internação de até 400 pacientes, com atendimento ambulatorial, cirurgias, diagnósticos e tratamentos. Antes da sua interdição a Santa Casa oferecia diversos serviços ambulatoriais como: Serviço de Oftalmologia, de Otorrinolaringologia, de Clínica Médica, de Cardiologia, de Angiologia, de Hepatologia, de Gastroenterologia, de Endocrinologia, de Nutrição, de Urologia, de Nefrologia, de Ginecologia, de Pneumologia e Doenças do Tórax, de Ortopedia, de Fisioterapia, de Reumatologia, de Dermatologia, de Neurologia, de Medicina

⁵⁰⁸ GOÊS, R. *Manual Prático de Arquitetura Hospitalar*. 2. Ed. – São Paulo: Blucher, 2011, p. 90.

⁵⁰⁹ Segundo Góes (2011, p. 18), os níveis de atendimento à saúde são divididos em três categorias, conforme a resolução n. 03 de 25/08/81, da Comissão Internacional de Planejamento e Coordenação. As categorias são divididas nos três níveis de atendimento, classificados quanto ao grau de complexidade da enfermidade do paciente. O nível primário caracteriza-se por atividades e ações de promoção, proteção e recuperação a nível ambulatorial. Nesse nível estão as Unidades Básicas, os Postos e os Centros de Saúde, e são neles que se resolvem 80% dos problemas de saúde. O nível secundário abrange os atendimentos feitos no nível ambulatorial, além de outros com internações de curta duração, urgências e reabilitação. Os Ambulatórios Gerais, as Unidades Mistas e os Centros de Especialidades resolvem 15% dos problemas de saúde. Já os estabelecimentos classificados no nível terciário absorvem os casos mais complexos do sistema, com atenções de nível ambulatorial, urgência e internação, planejados para atender em uma rede integrada e hierarquizada 100% da população do país. É neste nível que se encontram os Hospitais Regionais, Hospitais de Base, Hospitais de Referência e Hospitais Especializados. Nesses estabelecimentos são resolvidos os 5% dos problemas de saúde restantes e considerados os mais raros.

⁵¹⁰ Segundo Góes (2011, p. 22), define-se como Hospitais de Referência aqueles estabelecimentos que atuam em várias especialidades médicas e cirúrgicas em um complexo sistema de atendimento de urgências e emergências, apoio ao diagnóstico e ao tratamento e internação.

Psicossomática, de Psiquiatria, de Homeopatia, de Radiologia, de Patologia e de Maternidade. Os serviços cirúrgicos eram compostos de: Cirurgia Geral, Cirurgia das Mãos, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica Reparadora e Cirurgia Vascular. O serviço de diagnóstico realizava exames de Ecografia, de Endoscopia Digestiva e de Neurotomografia Computadorizada de Imagem. Além disso, o hospital contava com Banco de Sangue, Centro de Tratamento Intensivo e Unidade de Ensino e Pesquisa.

Para adaptar a edificação e retomar os seus diversos usos estima-se que será gasto uma média de 14 milhões de reais. A grande preocupação é se essas adaptações e reformas apressadas levarão em conta as particularidades do Patrimônio Arquitetônico da Saúde, considerando as preexistências e não descaracterizando o bem. Conforme os estudos desse trabalho sabe-se que o melhor uso para a edificação, levando em conta a sua história e identidade patrimonial, é que permaneça o uso hospitalar e de instituição de saúde. Porém as reformas para adaptação do local devem ser feitas cuidadosamente, sem perda total e descaracterização da compartimentação interna da edificação. Recomenda-se que as edificações de grande porte, como a Santa Casa que possuam grande área arquitetônica a ser adaptada ao uso de saúde atual tenham funções exclusivamente ambulatoriais, através de Ambulatórios Gerais ou Unidades Mistas de Saúde; ou de educação na área da saúde, através de educação sanitária, treinamento de pessoal e ensino médico. Apesar de qualquer uso atual necessitar de reformas para requalificação do espaço, acredita-se que a presença dos usos descritos leva a uma menor descaracterização por não necessitarem de espaços flexíveis para adaptar as modernas máquinas e equipamentos médicos. Por fim, recomenda-se que as divisões feitas na edificação recebam um tratamento estético adequado e uniforme, separando os grandes espaços somente onde for necessário e sendo reconhecíveis ao olho do observador, como recomenda a Carta de Veneza⁵¹¹.

O Hospício de Pedro II, criado para atender exclusivamente os alienados do Império, iniciou sua construção em 1842, sendo inaugurada em 1852. A edificação projetada por Domingos Monteiro e Joaquim Cândido Guilhobel tornou-se o marco na psiquiatria brasileira, sendo o primeiro estabelecimento destinado ao tratamento dos loucos. Estes indivíduos antes ficavam ou vagando pelas ruas do Rio de Janeiro, ou presos na Casa de Detenção, ou internados na Santa Casa da Misericórdia. A edificação majestosa foi construída com um plano horizontal e pátios internos ajardinados que forneciam a salubridade que a edificação necessitava. O estilo neoclássico de seu frontispício foi atribuído por Guilhobel e os detalhes neoclássicos da fachada, além de algumas modificações no plano original de Domingos

⁵¹¹ ICOMOS, Carta de Veneza, 1964.

Monteiro foram feitas pelo engenheiro-arquiteto Jacinto Rebelo. As modificações atribuíram à edificação o caráter monumental que o fez ser reconhecido como “Palácio dos Loucos”.

O estabelecimento de assistência aos alienados passou por diversos problemas ao longo dos anos, com superlotação, falta de médicos e a falta de tratamentos necessários para a efetiva cura dos alienados. O hospício funcionou até 1944 na edificação na Praia Vermelha quando a edificação começou a não ser mais adequada para o tratamento dos loucos da República. Os internos foram transferidos para a Colônia Rural de Juliano Moreira, que ficava localizada em Jacarepaguá. A transferência do tratamento dos alienados para a colônia rural foi responsável pela extinção das atividades do Hospício de Pedro II.

A edificação ficou fechada até 1948 quando foi cedida a Universidade do Brasil. Foi durante os anos de 1950 a 1952, que a edificação passou por grandes reformas que modificaram seu uso. Primeiro foi reformada a ala direita para instalar a Escola Nacional de Educação Física, e posteriormente a ala esquerda para dar lugar à Escola de Arquitetura e à Escola de Farmácia. A Universidade do Brasil inaugurou-se no edifício do antigo Hospício em 1952, adaptando-se ao uso de estabelecimento educacional. Nessa época as duas estátuas, de Esquirol e de Pinel, que representavam a psiquiatria foram retiradas e transferidas. A estátua de Esquirol foi levada para a Colônia Juliano Moreira, enquanto a Estátua de Pinel foi levada para o Instituto de Psiquiatria Adauto Botelho, localizado no Engenho de Dentro⁵¹². A justificativa para retirada das estátuas foi que elas não condiziam com o uso escolar. Além da retirada das duas Estátuas que representavam a psiquiatria, foi modificado também o frontão da edificação, através da colocação de novos elementos. O letreiro em bronze com o escrito “Universidade do Brasil” e a figura da Deusa Minerva no centro do frontão, modificaram o significado dos elementos da fachada, levando a crer que a edificação representa a sabedoria, a ciência e a arte, características de uma edificação educacional.

O prédio do Hospício de Pedro II, conhecido atualmente como Palácio Universitário, foi reconhecido como monumento do Patrimônio Nacional em 11 de setembro de 1972, quando foi inscrito no Livro de Tombo Histórico, sob o número 438. O monumento foi tombado como histórico devido a sua representação como marco inicial no tratamento de doenças psiquiátricas no Brasil. Apesar de não conseguir cumprir com os seus objetivos de cura e tratamento humanizado dos alienados, o hospício ainda sim se apresenta como um paradigma para a disciplina e tornou-se um exemplo de como os problemas deveriam ser corrigidos nos próximos estabelecimentos que seriam construídos.

⁵¹² LEMES LOPES, 1965. p. 3.

A edificação atualmente conhecida como Palácio Universitário apresenta o mesmo uso desde a sua inauguração em 1952. Durante os anos, principalmente com a construção da Cidade Universitária na Ilha do Fundão, várias Faculdades da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, ocuparam a edificação do antigo hospício e várias reformas foram feitas para adaptar o antigo espaço hospitalar. Várias salas de aula foram instaladas, além das salas para professores e laboratórios. A edificação se adaptou bem ao uso educacional, sem descaracterizações externas. Apesar disso internamente existe uma grande quantidade de divisórias compartimentando os antigos ambientes, sendo que estas divisórias não apresentam um padrão estabelecido e não possuem qualidade estética, nem acústica.

O estado de conservação do Palácio Universitário apresenta-se externamente e internamente um bom estado de conservação, com exceção da área central composta pela Capela. Os danos são pontuais, com algumas manchas e danos nas paredes que não comprometem a estrutura das vedações. Alguns azulejos e guarda-corpos de ferro estão danificados, quebrados ou faltando peças, mas podem ser facilmente restaurados com uma restauração preventiva. O grande problema da edificação é o excesso de compartimentação que prejudica a estética e descaracteriza a divisão original dos ambientes. Essas divisões devem ser feitas com um padrão estabelecido de divisórias iguais e com qualidade estética, para que sejam agradáveis aos usuários da edificação. Devem também apresentar-se reconhecíveis e contemporâneas para não estabelecer uma falsidade arquitetônica que descaracterize a edificação tombada. A pior parte da edificação é a parte central, composta pela Capela e as salas adjacentes que incendiaram em 28 de março de 2011 e até hoje se apresentam destruídos e sem previsão de reconstrução dos ambientes ou reforma do espaço para outros usos. A Capela de São Pedro de Alcântara e o Salão Anísio Teixeira apresentavam uma grande ornamentação, com belas imagens, estuques e pinturas, e o incêndio foi considerado uma grande perda para o conjunto do antigo Hospício de Alienados.

A edificação deve passar por restauração preventiva sempre que possível, preservando suas características remanescentes e retardando futuras restaurações. A edificação apesar de apresentar um bom estado precisa de cuidados específicos devido as suas particularidades. Com base nos estudos dessa pesquisa recomenda-se a manutenção do uso escolar, visto que ele já faz parte de sua história e identidade. Porém podem ser considerados a instalação de cátedras de especialização, mestrado e doutorado na área da saúde, como psiquiatria, psicologia e medicina. A instalação desses cursos favoreceria a recuperação da identidade do Palácio dos Loucos como edificação voltada ao tratamento das doenças psiquiátricas.

A identidade do Palácio dos Loucos foi substituída para Palácio Universitário com as mudanças que foram feitas na fachada. A colocação do letreiro Universidade do Brasil e da imagem da Deusa Minerva, alegoria da Universidade do Brasil, no centro do frontão, atribuíram à edificação um caráter educacional. A retirada das estátuas de Pinel e Esquirol do vestibulo de entrada também contribuiu para a quebra da identidade de edificação da saúde. As duas Estátuas da entrada, as alegorias da Caridade e da Ciência retomam a sua característica assistencial do século XIX, lembrando a sua origem como parte da Irmandade da Misericórdia. Pela sua marca na história da saúde a edificação em si ainda apresenta identidade como Patrimônio Arquitetônico da Saúde, pois configura-se um marco muito importante para psiquiatria.

O Asilo da Mendicidade foi o estabelecimento criado para fechar o pentágono asilar do Império brasileiro no século XIX. Já existiam os lugares e estabelecimentos definidos para abrigar os criminosos e vadios, como a Casa de Correção; para abrigar os doentes pobres, como o Hospital da Santa Casa da Misericórdia; para abrigar os loucos, como o Hospício de Pedro II; e para abrigar os meninos e meninas órfãos e os expostos; como o Recolhimento das Órfãs e a Casa dos Expostos. Por fim era necessário criar um estabelecimento para abrigar aqueles pobres, sem renda e sem moradia, que vagavam pelas ruas da cidade, vivendo da caridade alheia. Eram os mendigos, que não pertenciam efetivamente a nenhum dos estabelecimentos citados, mas deviam ser abrigados para a proteção da sociedade e para a manutenção ordem e da salubridade da cidade. Foi então criado o Asilo, cuja construção foi iniciada em 6 de agosto de 1876. A edificação era voltada a abrigar os mendigos inválidos da cidade do Rio de Janeiro. A sua construção foi inaugurada incompleta em 1879 e foi ser terminada em 1892. A edificação panóptica foi projetada pelo arquiteto Heitor Rademacker Grünewald, inspirada nos projetos e planos de prisões europeias. O partido radial buscava a efetiva observação e controle dos internos do asilo.

A edificação funcionou como Asilo para mendigos do Império e posteriormente da República até 1920, quando os internos foram transferidos para o Instituto João Alfredo e foi instalada na edificação o Hospital de São Francisco de Assis. A instalação do hospital naquela região foi definida como essencial pelo Departamento Nacional de Saúde Pública da época, que via na região um grande potencial hospitalar devido a sua proximidade com as regiões mais pobres da cidade. Essas regiões eram as mais afetadas pelas epidemias da época e o tratamento dessas pessoas próximas às suas residências diminuiria às chances da chegada dos doentes aos hospitais e casas de saúde próximos às zonas mais ricas da cidade.

Na época da mudança de uso de espaço asilar para espaço de tratamento hospitalar, médico e cirúrgico dos pobres e indigentes da cidade levou a edificação a passar por diversas reformas que modificaram seu espaço e sua compartimentação interna. O Hospital

foi considerado referência na época, e apesar da superlotação, realizava atendimentos médicos e cirúrgicos para as pessoas mais pobres. A edificação foi transferida para a Universidade do Brasil em 1946 para abrigar as cátedras da medicina e servir como hospital escola aos estudantes de medicina e enfermagem das faculdades da Universidade. A edificação foi transformada em Hospital Escola, título que obtém até hoje.

O Hospital funcionou efetivamente como hospital escola, realizando atividades médicas e cirúrgicas até 1978, quando foi fundado na Cidade Universitária o Hospital Universitário, construído de acordo com as necessidades tecnológicas da Faculdade de Medicina. O Hospital então foi desativado neste ano, ficando sem uso até 1988, quando a edificação voltou a funcionar como um hospital destinado aos mais pobres. A internação de pacientes foi revogada em 1998, devido as más condições da edificação, porém mantiveram-se o uso hospitalar com ações de atenção primária e secundária de saúde, além dos projetos sociais de apoio e educação em saúde da população. Atualmente a edificação abriga uma das unidades hospitalares da UFRJ e funciona com parceria da Escola de Enfermagem Anna Nery. Funciona na edificação atividades ambulatoriais de atenção básica da saúde, programa de atendimento a pacientes com HIV/AIDS, programa de atenção a pacientes com problemas de álcool e outras drogas e programa de assistência ao paciente idoso, entre outras atividades em educação em saúde.

O Hospital panóptico foi reconhecido como monumento artístico em 25 de junho de 1983, tendo sua edificação inscrita no livro de Tombo de Belas Artes sob o número 554. O conjunto foi inscrito nesse livro pela sua particularidade arquitetônica e beleza artística que são únicas, principalmente seu partido arquitetônico radial que é um dos poucos remanescentes daqueles construídos seguindo o Panóptico de Bentham. O monumento reconhecido na década de 1980 não recebeu verbas para sua conservação e restauração preventiva, e com a falta de uso da edificação ela foi deteriorando até receber o uso novamente no fim da década. Mesmo com o uso restaurado a edificação nunca passou por um grande processo de reforma, as que foram feitas descaracterizaram ainda mais o conjunto com a construção de anexos de qualidade arquitetônica duvidosa.

O conjunto da edificação é o que apresenta o pior estado de conservação, considerado de ruim a péssimo em toda a edificação. Esse estado de conservação deve-se a dois motivos: o primeiro foi os dez anos que a edificação ficou desocupada, sem manutenção periódica e reformas que salvaguardassem suas características originais; a segunda é a falta de investimento tanto na área do Patrimônio Cultural, quanto na área da Saúde, permitindo que a edificação reconhecida como monumento e em pleno funcionamento no atendimento à pacientes, chegasse ao estado de conservação deplorável que se encontra. Os pacientes

sentem o descaso com a saúde pública e com o patrimônio ao utilizarem dos serviços ambulatoriais oferecidos pelo estabelecimento.

A edificação pretende manter o uso hospitalar como uma das unidades hospitalares da UFRJ. O uso pode ser mantido, desde que sejam feitos planos e projetos adequados às especificidades da edificação. O Plano Diretor da edificação elaborado em 2004 apresenta propostas interessantes para recuperar as características arquitetônicas degradadas e estabelecer um uso adequado da edificação. Atualmente grande parte dos raios do panóptico, o plano original de Grünewald, encontra sem uso devido às más condições. Como muito se perdeu das características originais da compartimentação interna, principalmente na reforma da década de 1920, deve ser mantida aquilo que ainda se apresenta em boas condições na edificação e devem ser aplicadas paredes ou divisórias que sejam reconhecidas como intervenções contemporâneas.

Comprovou-se com essa pesquisa que o mais importante para a manutenção das características arquitetônicas e artísticas do bem, é a permanência do uso na edificação, devendo ele ser adequado também às características e às capacidades da arquitetura em questão. O prédio da Santa Casa da Misericórdia e do Hospício de Pedro II aparentam melhores condições estéticas e estado de conservação melhor devido ao uso que as edificação sempre mantiveram, uma com o uso original de tratamento da saúde e a outra como edificação escolar. O terceiro estabelecimento estudado, o Asilo da Mendicidade, ficou dez anos sem utilização regular, sendo que além disso ele já havia passado por um grande período sem reformas e investimentos na sua preservação. A edificação do Asilo deteriorou-se rapidamente e desde sua reativação em 1988 até os dias atuais pouca coisa tem sido feita. Existe um projeto de restauração para ser iniciado que buscará reestabelecer o conceito de monumento dessa edificação que era conhecida como Mansão dos Pobres⁵¹³. Como dito anteriormente, Kühl afirma que a reutilização do bem é o meio mais eficaz de garantir a sua preservação, evitando assim sua deterioração ao longo dos anos. Um monumento sem uso se deteriora rapidamente enquanto aquele que mantém um uso compatível com sua capacidade arquitetônica pode durar séculos⁵¹⁴.

Para o uso da edificação é importante que, quando possível, ela mantenha o seu uso original, através de pequenas reformas para adaptar a edificação às necessidades atuais da vida contemporânea. Quando isso não for mais possível, como é o caso do Hospício de Pedro II, deve estudar a melhor maneira de adaptar e requalificar a edificação a um novo uso. Espaços educacionais costumam se adaptar facilmente a bens tombados, visto que as grandes salas de aula não necessitam um excesso de compartimentação. As outras duas

⁵¹³ SILVA JÚNIOR, 2000, p. 47.

⁵¹⁴ KÜHL, 1998. p. 209.

edificações estudadas mantiveram seu uso relativo à saúde e espaço assistencial. O Hospital da Santa Casa da Misericórdia apesar das más condições internas permanece com o objetivo de abrigar em sua edificação um hospital geral, tecnológico e moderno para a população do Rio de Janeiro. O Hospital Escola São Francisco de Assis permanece em pleno funcionamento, mesmo estando com péssimas condições de conservação. Por isso é possível afirmar, que apesar dos problemas e estado de conservação precário, as edificações construídas para serem hospitais no século XIX podem abrigar o uso hospitalar atual. Para que isso seja feito de maneira adequada e saudável, tanto para a população usuária quanto para o próprio bem patrimonial, devem ser estabelecidas diretrizes para cada edificação, como um Plano Diretor, que guiará as futuras reformas e adaptações dos ambientes de saúde.

O uso como edificação de saúde ajuda a manter nos hospitais tombados do século XIX, a sua identidade como Patrimônio Arquitetônico da Saúde. Esse uso não precisa ser obrigatoriamente como hospital geral ou hospital especializado, mas pode atender a população em nível primário e secundário, com ações de Educação em Saúde Pública, Programas de Saúde da Família, Ambulatórios Gerais, Unidades Básicas de Saúde e Unidades Mistas de Saúde. Esses níveis de atendimento à saúde da população requerem menos espaços tecnológicos que levariam às reformas descaracterizantes dos ambientes internos da edificação.

Das três edificações estudadas, duas delas apresentam ainda condições arquitetônicas de manter o seu uso hospitalar e da saúde. O prédio do antigo Hospício de Pedro II já apresenta o uso educacional há tantos anos que não seria adequado retomar o uso hospitalar na edificação, visto que ela já adquiriu história e identidade como parte da Universidade do Brasil, atual UFRJ. Já a Santa Casa da Misericórdia e o Hospital Escola São Francisco de Assis, antigo Asilo da Mendicidade, permanecem na memória da população do Rio de Janeiro como lugares para o tratamento de saúde dos mais pobres. Essas edificações, através de reformas adequadas, com critérios definidos, estudos detalhados, pode preservar o máximo possível da sua edificação e, ao mesmo tempo, adaptar-se às exigências da medicina contemporânea. Dessa forma, os hospitais construídos durante o século XIX e XX, que hoje se apresentam como o Patrimônio Arquitetônico da Saúde, podem manter o uso original ou similar, como uma edificação voltada a promoção da saúde da população, não sendo necessário recorrer indiscriminadamente a mudança de uso e a tendência de transformar toda e qualquer edificação em Museu ou Centro Cultural.

REFERÊNCIAS

A NOITE. Transferência dos mendigos do São Francisco de Assis para o Instituto João Alfredo. *Jornal A Noite*. Rio de Janeiro. Edição 03247. 22 dez. 1920. Disponível em: <<http://hemerotecadigital.bn.br/acervodigital/noite/348970>>. Acesso em: 08/07/2014.

ABREU, J. L. N. A Colônia enferma e a saúde dos povos: a medicina das 'luzes' e as informações sobre as enfermidades da América portuguesa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3. 2007.

ABREU, S. França Adorno; CASTRO, M. M. Pugliese. A arte de administrar a pobreza: assistência social institucionalizada em São Paulo no século XIX. In: TRONCA, Ítalo A. (org.) *Foucault vivo*. Campinas: Pontes, 1987.

ACKERKNECHT, E. H. *Breve historia de la psiquiatria*. 2.ed. Buenos Aires: Universitária, 1964.

ACRJ Divisão de Manuscritos. 9/4/2-44.2.28 – Hospitais = OFÍCIO do Procurador da Câmara Municipal. Portaria do Ministro do Império Marquês de Caravelas e Relação dos Hospitais existentes nesta Cidade. Rio de Janeiro. 22/06/1830.

AGCRJ. Divisão de Manuscritos. 8/4/1-39.4.12 - REGULAMENTO para o Asylo de S. Francisco de Assis. In: Documentação Avulsa = [...] Asylo da Mendicidade (1852-1905). Rio de Janeiro. 16/12/1895.

AGCRJ. Divisão de Manuscritos. 8/4/1-39.4.23. MEMORIAL apresentado ao cidadão Dr. Henrique Valadares, por Jaime Silvado, Médico e Diretor do asilo. Rio de Janeiro. 1894.

AGCRJ. Divisão de Manuscritos. 8/4/1-39.4.24. C. S. Francisco de Assis = PONDERAÇÕES do Director sobre a Regulamentação do Asylo. Rio de Janeiro. 11/01/1899.

AGCRJ. Divisão de Manuscritos. 9/4/2-44.2.27 – CONCLUSÕES do Parecer aprovado pelo Conselho Municipal de Higiene e Assistência Pública referentes a edificações de enfermarias nos subúrbios. In: Documentação Avulsa (Hospitais e Casas de Saúde) 1º volume. Rio de Janeiro. 13/02/1897.

AGUINAGA, Hélio. *Hospital São Francisco de Assis – História*. Rio de Janeiro: Companhia Brasileira de Artes Gráficas, 1977.

ALENCAR, F.; CARPI, L.; RIBEIRO, M. V. *História da Sociedade Brasileira*. Rio de Janeiro. 1979. P. 84-86.

ALMA Carioca – Portal da Internet. *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro*. Disponível em: <<http://www.almacarioca.com.br/hist09.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

ALVES, Lourence Cristine. *O Hospício Nacional de Alienados: terapêutica ou higiene social?* – Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

ANDRADE, Inês El-Jaick; PIMENTA, Tânia Salgado. Inventário: Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. In: PORTO, A. (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, mídia digital, 2008.

Arquivo Central IPHAN. Seção de Inventários: Hospital Escola São Francisco de Assis. Rio de Janeiro: Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. 1983.

Arquivo Central IPHAN. Seção de Inventários: Palácio Universitário. Rio de Janeiro: Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. 1972.

Arquivo Central IPHAN. Seção de Inventários: Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. 1938

Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa. Manuscrito. PLANTA da Cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro com suas Fortificações, pelo Brigadeiro João Massé. 1713.

ASCMRJ, Memória do tempo, em que se fizeram as novas enfermarias e quem as fez, documentos avulsos, lata 717^A, s/d. *apud* GANDELMAN, Luciana. *Entre a cura das almas e o remédio das vidas: o recolhimento de órfãos da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e caridade para com as mulheres (1739-1830)* – Rio de Janeiro: Secretaria Municipal das Culturas, Coordenadoria de documentação e Informação Cultural, Gerência de Informação, 2008.

ASSISTANCE Publique Hôpitaux de Paris – Portail Internet. Apresenta a história do *Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux* de Paris. Disponível em: < <http://www.aphp.fr/>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

BARBOSA, Manoel José. Relatório e Estatística do Hospício de Pedro Segundo, desde o 1º de julho de 1854 até 30 de junho de 1855, pelo Dr. Manoel José Barbosa, 1º médico do mesmo Hospício. In: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Vol. 10. N. 5 – Julho de 1856 P. 98. Disponível online em: <http://memoria.bn.br/pdf/062014/per062014_1856_00005.pdf>. Acesso em 11/06/2014.

BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos – um Haussmann tropical: A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XIX*. - Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992.

BENEVOLO, Leonardo. *Historia de la Arquitectura Moderna*. Vol 1. Madri: Taurus Ediciones S.A. 1963.

BENTHAM, Jeremy; et. al. *O Panóptico*. Organização de Tomaz Tadeu; traduções de Guacira Lopes Louro, M. D. Magno, Tomaz Tadeu. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

BERCHERIE, P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p. 31 *apud* ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latino Americana. Psicopatologia Fundamental*, VII, 1, 128-141, março / 2004.

BIBLIOTHEQUE nationale de France, Document Cartographique - ark:/12148/btv1b84423477– Plan de l'hospice de Bicêtre / E. Poulet Galimard, del. 1813, [s.n.]. Disponível em : <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b84423477>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

BOLTSHAUSER, João. *História da arquitetura*. Belo Horizonte: Escola de Arquitetura da UFMG, 1972.

BRANDÃO, João Carlos Teixeira. Des établissements d'aliénés au Brésil. In: *Annales médico-psychologiques* [23 nov. 1883]. Paris, nº11, 1884. Disponível em: <<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?p=277&cote=90152x1884x11&do=page>> . Acesso em: 11/06/2014.

BRANDI, Cesare. *Teoria da Restauração*. Cotia-SP: Ateliê Editorial, 2004.

BRASIL, Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro, 24 dez., 1903.

BRASIL, Decreto nº 142-A. de 11 de janeiro de 1890. Desannexa o hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional dos Alienados. *Coleção de Leis do Brasil* –vol. 1 fasc. 1. 1890.

BRASIL. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. *Collecção das Leis do Império do Brasil*. Tomo IV. Parte II, Rio de Janeiro. Na Typographia Nacional. 1842.

BRASIL. Decreto-lei nº 25, 30 de novembro de 1937. Organiza a proteção do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. *Diário Oficial da União*. 1937.

BRASIL. Justiça E Negócios Interiores 1904 e 1905-2, A-E-SN. RELATÓRIO apresentado ao Exm. Sr. Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores pelo Dr. Afranio Peixoto, Diretor Interino do Hospício Nacional de Alienados. Imprensa Nacional. 1904-1905. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1889/000762.html>>. Acesso em 22/07/2014.

BRASIL. Lei de 16 de dezembro de 1830. Manda Executar o Código Criminal. *Collecção das Leis do Império do Brasil*. Parte Primeira, Rio de Janeiro. Na Typographia Nacional. 1876.

BRASIL. Lei n. 2670 de 20 de outubro de 1875. Fixa a despesa e orça a receita do Império para o exercício de 1876-1877, e dá outras providências. *Collecção das Leis do Império do Brasil*. Parte Primeira, Rio de Janeiro. Na Typographia Nacional. Vol. 1. 1875.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ministro (Dr. Affonso Penna Junior). *Relatório correspondente ao anno de 1924*. Rio de Janeiro. Imprensa Nacional. 1926. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2325/contents.html>>.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministro (Lafayette Rodrigues Pereira). Regulamento do Asylo da Mendicidade. Rio de Janeiro. In: *Relatório do Anno de 1878* apresentado à Assembleia Geral Legislativa na 2ª Sessão da 17ª Legislatura. Imprensa Nacional. 1879. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1872/contents.html>>. Acesso em 22/07/2014.

BVS Biblioteca Virtual em Saúde – RedeBra HPCS – Bens Arquitetônicos da Saúde Tombados. Disponível em: <<http://patrimonioarquitetonico.bvs.br>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

CAETANO, Joaquim Oliveira. A Virgem da Misericórdia: uma aproximação iconográfica. In: *Oceanos Misericórdias: cinco séculos*. Lisboa: Comissão Nacional para as comemorações dos descobrimentos portugueses, número 35, julho/setembro/1998

CALMON, Pedro. *O Palácio da Praia Vermelha*. 1852-1952. Rio de Janeiro, Oficina Gráfica da Universidade do Brasil, 1952.

CARIOCA Rio – Blog. *Imagens do Rio Antigo*. Disponível em: <<http://blog.cariocario.com/2010/05/imagens-do-rio-antigo.html>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

CARNEIRO, Maria Luiza Tucci. Negros, Loucos Negros. In: *Revista USP*. n. 18, 1993. p.147. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/26008>>. Acesso em: 31/07/2014.

CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi*. 3. ed. - São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

CASTRIOTA, L. B. *Patrimônio cultural: conceitos, políticas, instrumentos*. São Paulo: Annablume, Belo Horizonte: IEDS, 2009.

CAVALCANTI, Marco Antônio. Veja fotos de prédios em péssimo estado de conservação no centro do Rio. *Notícias UOL*. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/album/2013/01/25/veja-fotos-de-predios-em-pessimo-estado-de-conservacao-no-centro-do-rio.htm#fotoNav=6>>. Acesso em: 08/01/2014.

CHITHAM, Robert. *The Classical Orders of Architecture*. Elsevier/Architectural Press, 2005.

CHOAY, F. *A alegoria do patrimônio*. São Paulo: UNESP. 2001.

COELHO, Cristina. O Projeto de Intervenção em Bens Culturais Imóveis Arquitetônicos e Urbanos. In: BRAGA, Márcia. *Conservação e Restauro: Arquitetura Brasileira*. Rio de Janeiro: Ed Rio, 2003.

COSTA, R. G. R. Arquitetura e Saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, A.(org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CUNHA, Claudia dos Reis e. *Restauração: diálogos entre teoria e prática no Brasil nas experiências do IPHAN*. 2010. 171 p. Tese (Doutorado - Área de Concentração: História e Fundamentos da Arquitetura e do Urbanismo) – FAUUSP, São Paulo, SP, 2010.

Cx.0400, p. 1717 e Cx. 563, p. 1630, COPEDOC – Coordenação Geral de Pesquisa, Documentação e referência do Palácio Capanema *apud* HOIRISCH, Marisa. *Palácio Universitário: Materiais e técnicas construtivas*. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2007. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – UFRJ/PROARQ/Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2007.

DE-SIMONI, Luiz Vicente Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. *Revista Médica Fluminense*, v. V, n. 6, p. 241-62, setembro. 1839. (Republicado em Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, v. VII, n. 1, p. 142-59, março, 2004).

DUCHATEL. Instruction pour la construction des maisons d'arrêt et de justice : *Atlas de plans de prisons cellulaires*. Paris. 1841. Disponível em: <<http://www.mdz-nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=urn:nbn:de:bvb:12-bsb10327895-9>>. Acesso em: 31/07/2014.

DURAND, J-N-L. *Précis des leçons d'architecture* données à l'École Royale Polytechnique. Paris, 1805.

ELIA, Francisco Carlos da Fonseca. *Doença mental e cidade: o Hospício Pedro II*. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1996.

ESCRITÓRIO DOS MUSEUS DA SOCIEDADE DAS NAÇÕES. *Carta de Atenas*, Atenas: 1931 Disponível em: < <http://portal.iphan.gov.br/portal/baixaFcdAnexo.do?id=232>>. Acesso em: 10 /05/2014.

ESQUIROL, Etienne. De La Manie. In: *Des Maladies mentales considerees sous les rapports me- dical, hygienique et medico-legal*, Tome I. Paris: Théraplix 1838.

ESQUIROL, Etienne; Mémoire sur la Monomanie Homicide. In: *Des Maladies mentales considerees sous les rapports me- dical, hygienique et medico-legal*, Tome II. Paris: Théraplix. 1838.

ESTATUTO do Hospício de Pedro II. Decreto nº 1077, de 4 de dezembro de 1852.

EWBANK, Thomas. *Life in Brazil*. Nova Iorque: Harper & Brothers Publisher. 1856.

FAZENDA, José Vieira. *A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro* [obra rara]. Imprensa Nacional. Rio de Janeiro, 1908. p. 5.

FAZENDA, José Vieira. *Os provedores da Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typographia do Jornal do Comércio, 1912.

FBN Cartografia - ARC.005,08,001. Campos, Frederico Carneiro de, ca. 1800-1867. Planta da cidade do Rio de Janeiro organizada do Arquivo militar pelos oficiais... [Cartográfico]. [Rio de Janeiro]: Arquivo Militar, 1858.

FBN. Cartografia. ARC.030,02,015. VILHENA, Luís dos Santos, 1744-1814. Planta hidrográfica da famosa Bahia do Rio de Janeiro [Cartográfico]: dentro da qual em a sua margem se acha situada a cidade de S. Sebastião demonstram se a entrada da sua barra, ilha que a dentro e fora dela, bem como os rios que do continente vem desaguar neste lago. [S.l.: s.n.], 1775.

FBN. Divisão de Manuscritos. I-11.218.7.10. DIRETORIA Geral de Assistência Municipal. Asylo São Francisco de Assis. Estabelecimento de Assistência à Velhice Desamparada, mantido pela municipalidade do Districto federal. 10 de julho de 1879 a 10 de julho de 1929. Rio de Janeiro. Officinas Gráficas do Jornal do Brazil. (numeração imprecisa)

FBN. Divisão de Manuscritos. I-34,27,44. AGRADECIMENTOS do Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 23/05/1821.

FBN. Divisão de Manuscritos. II-34,27,044. REQUERIMENTO do provedor e mesários da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro à Assembleia Geral Legislativa solicitando a concessão de uma loteria, cujo produto da venda seria empregado exclusivamente nas obras de reforma do seu hospital. Rio de Janeiro. 21/05/1839.

FBN. Iconografia. Icon393044. Bertichem, Pieter Godfred. O Brasil pitoresco e monumental [Iconográfico]. [Rio de Janeiro]: Imperial de Rensburg, 1856.

FERNANDES, Cybele Vidal Neto. A Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e sua importância no contexto luso-brasileiro. In: MARINHO, Natália (coord.). *A Misericórdia de Vila Real e as Misericórdias no Mundo de Expressão Portuguesa*. Vila Real: CEPESE – Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade. 2010.

FERREIRA, Félix. *A Santa Casa da Misericórdia Fluminense, fundada no século XVI: notícia histórica (1894-1898) desde o começo do século XVII, sendo provedor o governador Martin de Sá, até o fim do século XIX, sob a provedoria do Exmo. Sr. Conselheiro Paulino Soares de Sousa*. Rio de Janeiro: s.n., 1899.

FERREZ, Gilberto. *O Velho Rio de Janeiro através das Gravuras de Thomas Ender*. Rio de Janeiro: Edições Melhoramentos, 1957.

FONSECA, M. R. F. A Saúde Pública no Rio de Janeiro Imperial. In: PORTO, Ângela (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, 2008.

FONSECA, Maria Cecília Londres. *O Patrimônio em processo: trajetória da política federal de preservação no Brasil*. 3 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

FOUCAULT Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal; 1984.

FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura na Idade Clássica*. 5. ed. São Paulo (SP): Perspectiva; 1972.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. 1987.

FRAGA FILHO, Walter. *Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX*. São Paulo, SP: Hucitec; Salvador, BA: EDUFBA, 1996.

FRAPTON, Kenneth. *A História Crítica da Arquitetura Moderna*. São Paulo: Martins Fontes. 2003.

GANDELMAN, L. M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702001000400006>>. Acesso em: 29 de agosto de 2012.

GANDELMAN, Luciana Mendes. *Entre a Cura das Almas e o Remédio das Vidas: O Recolhimento das órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e a caridade para com as mulheres* (ca. 1739-1830). 2001. 249p. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós Graduação do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001.

GANDELMAN, Luciana. *Entre a cura das almas e o remédio das vidas: o recolhimento de órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e caridade para com as mulheres* (1739-1830) – Rio de Janeiro: Secretaria Municipal das Culturas, Coordenadoria de documentação e Informação Cultural, Gerência de Informação, 2008.

GERSON, Brasil. *História das ruas do Rio de Janeiro*. Volume 9 da Coleção Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Souza, 3ª Ed. 1954.

GOÉS, Ronald. *Manual Prático de Arquitetura Hospitalar*. 2. Ed. – São Paulo: Blucher, 2011.

GUIMARÃES SÁ, I. *A circulação de crianças na Europa do sul: o caso dos expostos do Porto no século XVIII*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. 1995. p. 100.

HÄHNER, June Edith. *Pobreza e política: os pobres urbanos no Brasil - 1870/1920*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993.

HISTÓRIA e Patrimônio Cultural da Saúde. *Termo de constituição da Rede Latino-Americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde*. Termo de Referência. Ministério da Saúde do Brasil/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz e Ministério da Saúde do Chile/Unidade do Patrimônio Cultural da Saúde.

HOIRISCH, Marisa. *Palácio Universitário: Materiais e técnicas construtivas*. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2007. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – UFRJ/PROARQ/Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2007.

HOSPICES Civils de Beaune. Apresenta a história do Hôtel-Dieu de Beaune. Disponível em: <<http://www.hospices-de-beaune.com/>> . Acesso em: 03 mar. 2013.

IBAÑEZ, N.; DUARTE, I. G.; DIAS, C. E. S. B. As Irmandades da Misericórdia e as políticas públicas de assistência hospitalar no Estado de São Paulo no período republicano. In: MOTT, M. L. (org.); SANGLARD, G. (org.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). Barueri: Minha Editora, 2011.

ICOMOS. *Carta de Veneza*. Veneza: 1964. Disponível em: <<http://portal.iphan.gov.br/portal/baixaFcdAnexo.do?id=236>>. Acesso em: 10 /05/2014.

IEPHA, Instituto Estadual do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais – IEPHA/MG. *Diretrizes para a Proteção Do Patrimônio Cultural*. Secretaria de Estado de Cultura. Belo Horizonte. Nov. 2008. Disponível em: <http://www.iepha.mg.gov.br/component/docman/doc_download/34-apostila-diretrizes-pdf--116-mb>. Acesso em 03/04/2014. p. 40-41.

JOBIM, J. M. C.; SILVA, J. J.; SANTOS, C. J. Relatório da Comissão de Salubridade Geral, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, apresentado e aprovado na sessão de 19 de junho (de 1830). *Semanário de Saúde Pública*, n. 15, p. 77-81, abril de 1831.

KOOLHAAS, Rem; MAU, Bruce. *Small, Medium, Large, Extra-Large (S, M, L, XL)*. Office for Metropolitan Architecture. Rotterdam: Publischers, 1995.

KÜHL, Beatriz Mugayar. *Arquitetura do Ferro e Arquitetura Ferroviária em São Paulo: Reflexões sobre a sua preservação*. São Paulo: Ateliê Editorial. FAPESP. Secretaria da Cultura, 1998.

LEITE, Luiz Eugênio Teixeira – O Rio que o Rio não vê. Os Símbolos na Arquitetura da Cidade do Rio de Janeiro: O Frontão da Santa Casa. Publicado em 12 de fevereiro de 2013. Disponível em: <<http://orioqueorionaove.com/2013/02/14/o-frontao-da-santa-casa/>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

LEMES LOPES, José. A Psiquiatria e o Velho Hospício. Rio de Janeiro: Conferência publicada no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, n. 14. 1965. Disponível em:

<http://www.abpbrasil.org.br/historia/galeria/a_psiquiatria_e_o_velho_hospicio.pdf>. Acesso em: 11/06/2014.

LOPES, A. A. L. Inventário: Palácio Universitário. In: PORTO, A. (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, mídia digital, 2008.

MACHADO, Roberto; et al. *Danação da Norma. Medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal; 1978.

MINISTERIO de Salud. Guía N° 1: *Ruta Patrimonial de la Salud*. Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud. 2011.

MIZOGUCHI, Ivan; MACHADO, Nara Helena N. (org.) *Palladio e o Neoclassicismo*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

MOREIRA, Juliano. Memórias do Dr. Juliano Moreira. *Archivos Brasileiro de Psiquiatria*, n 1, 1907 *apud* ELIA, Francisco Carlos da Fonseca. *Doença mental e cidade: o Hospício Pedro II*. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1996.

MOURA E CAMERA, Gustavo Balduino. Relatório do médico diretor do Hospício de Pedro II, 1877-1878. *apud* MACHADO, Roberto; et al. *Danação da Norma. Medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal; 1978.

NEVES, Antonio José Pereira das. Relatório Acerca do Tratamento dos Alienados e seus Principais Hospitais Em França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal. IN: *Annaes de Medicina Brasiliense*. Vol. 3. N. 7 – Janeiro de 1848. Disponível online em: <http://memoria.bn.br/pdf/442500/per442500_1848_00007.pdf>. Acesso em 11/06/2014.

NEVES, Antonio José Pereira das. Relatório Acerca do Tratamento dos Alienados e seus Principais Hospitais Em França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal. IN: *Annaes de Medicina Brasiliense*. Vol. 3. N.11 – Maio de 1848. Disponível online em: <http://memoria.bn.br/pdf/442500/per442500_1848_00011.pdf>. Acesso em 11/06/2014.

NEVES, Antonio José Pereira das. Relatório Acerca do Tratamento dos Alienados e seus Principais Hospitais Em França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal. IN: *Annaes de Medicina Brasiliense*. Vol. 3. N.12 – Junho de 1848. Disponível online em: <http://memoria.bn.br/pdf/442500/per442500_1848_00012.pdf>. Acesso em 11/06/2014.

NEVES, Antonio José Pereira das. Relatório Acerca do Tratamento dos Alienados e seus Principais Hospitais Em França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal. IN: *Annaes de Medicina Brasiliense*. Vol. 4. N.1 – Julho de 1848. Disponível online em: <http://memoria.bn.br/pdf/442500/per442500_1848_00001.pdf>. Acesso em 11/06/2014.

NEVES, Antonio José Pereira das. Relatório Acerca do Tratamento dos Alienados e seus Principais Hospitais Em França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal. *Annaes de*

Medicina Brasiliense. Vol. 4. N.2 – Agosto de 1848. Disponível online em: <http://memoria.bn.br/pdf/442500/per442500_1848_00002.pdf>. Acesso em 11/06/2014.

NOTÍCIAS R7. Capela da UFRJ: Um ano após incêndio, obras continuam paradas – Fotos de Isabele Rangel. *Notícias R7*. Rio de Janeiro. 28/03/2012. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/fotos/um-ano-apos-incendio-obras-na-capela-estao-paradas-20120323-2.html>>. Acesso em: 08/01/2014.

O DIA. Fotos mostram péssimo estado do Hospital da Santa Casa da Misericórdia. *Jornal O Dia*. Rio de Janeiro. 04 abr. 2014. Disponível em: <<http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2014-04-04/pecao-quer-apoio-de-dilma-para-reabrir-hospital-da-santa-casa.html>>. Acesso em: 08/07/2014.

O DIA. Incêndio na UFRJ: Aulas em cinco cursos da Praia Vermelha só voltam na sexta-feira. *Jornal O Dia*. Rio de Janeiro. 29 mar. 2011. Disponível em: <http://odia.terra.com.br/portal/rio/html/2011/3/incendio_na_ufrj_aulas_em_cinco_cursos_da_praia_vermelha_so_voltam_na_sexta-feira_154045.html>. Acesso em: 08/07/2012.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. Apresentação a “Insânia loquaz” (Jobim, 1831) e a “Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro” (Sigaud, 1835). *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. VIII, 3, 554-556. set/2005.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, 983-1010, set.-dez. 2005.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latino Americana. Psicopatologia Fundamental*, VII, 1, 128-141, março / 2004.

O GLOBO. Fotos incríveis e relato emocionado do incêndio na UFRJ. *Jornal O Globo – Blog Arnaldo Bloch*. Rio de Janeiro. 31 mar. 2011. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/blogs/arnaldo/posts/2011/03/31/fotos-incriveis-relato-emocionado-do-incendio-na-ufrj-372098.asp>>. Acesso em: 08/07/2012.

PEIXOTO, Antonio Luiz da Silva. Considerações gerais sobre a alienação mental (1837). *Revista latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, vol.16, n.4 2013

PEIXOTO, Gustavo. Tratados Brasileiros de Arquitetura no Século XIX. In: MIZOGUCHI, Ivan; MACHADO, Nara Helena N. (org.) *Palladio e o Neoclassicismo*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

PELBART; Peter Pál. *Da clausura do fora ao fora da clausura*. São Paulo (SP): Brasiliense; 1989.

PEREIRA, Sonia Gomes. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: dois momentos cruciais da arquitetura brasileira. In: MARINHO, Natália (coord.). *A Misericórdia de Vila Real e as Misericórdias no Mundo de Expressão Portuguesa*. Vila Real: CEPESE – Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade. 2010. p. 584-585.

PERROT, Michelle; BRESCIANI, Maria Stella Martins. *Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros*. 2. ed. -. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PINEL, P. *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie*. Paris: Richard, Caille e Ravier, 1801. (Republicado em *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. VII, n. 3, p. 117-27, set., 2004).

PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Levantamento Histórico e Iconográfico*. Rio de Janeiro - Vol. 1. Dez. 2004.

PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Relatório de Vistoria Estrutural Preliminar*. Rio de Janeiro - Vol. 1. Fev. 2004.

PLANO DIRETOR do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. *Orientações para futuras intervenções* - Hospital Escola São Francisco de Assis. Rio de Janeiro - Vol. 4. Cap. 9. 2004.

PÔRTO, A. Apresentação. In: PÔRTO, A. (org.) *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

REBELO, Fernanda; MAIO, Marcos Chor; HOCHMAN, Gilberto. O princípio do fim: o “torna-viagem”, a imigração e a saúde pública no Porto do Rio de Janeiro em tem pós de cólera. *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, v. 24, n.47, jan-jun, 2011.

REGIMENTO do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA/UFRJ, 1990 *apud* SILVA JÚNIOR, Osnir. *Do Asylo da Mendicidade ao Hospital Escola São Francisco de Assis: A Mansão dos Pobres*. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora. 2000.

REIS FILHO, N. G. *Quadro da Arquitetura no Brasil*. São Paulo: Ed. Perspectiva. 2004.

RELATÓRIO da comissão de visita das prisões, cárceres de conventos e estabelecimentos de caridade, nomeada pela câmara municipal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 1830. In: FERREIRA, Félix. *A Santa Casa da Misericórdia Fluminense, fundada no século XVI: notícia histórica (1894-1898) desde o começo do século XVII, sendo provedor o governador Martin de Sá, até o fim do século XIX, sob a provedoria do Exmo. Sr. Conselheiro Paulino Soares de Sousa*. Rio de Janeiro: s.n., 1899.

RICHER, Paul. *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystéris*. Paris : Delahaye et Lecrosnier. 1881.

RIEGL, A. *Der moderne Denkmalkultus*, Viena, 1903, tradução espanhola de Tomás Bretón *El Culto Moderno a los Monumentos*, Madri, 1987.

ROCHA, L. A. *Caridade e poder: a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Campinas (1871-1889)* [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Unicamp, 2005.

RODRIGUES, F. A. *Diccionario Technico e Historico de Pintura, Esculptura, Architectura e Gravura*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1875.

RUSKIN, John. *A Lâmpada da Memória*. Cotia-SP: Ateliê Editorial, 2008.

RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775*. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1981.

SALLES, Pedro. *A História da Medicina no Brasil*. Editora G. Holman. Belo Horizonte. 1971.

SANGLARD, G. A Primeira República e a Constituição de uma Rede Hospitalar no Distrito Federal. In: PORTO, A. (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SANGLARD, G.; COSTA, R. G. R. Memória, História e Patrimônio Cultural da Saúde: uma história possível. In: PORTO, A.(org.). *História da Saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SANTOS FILHO, L. C. *A Pequena História da Medicina Brasileira*. Editora Parma: São Paulo. 1980.

SANTOS FILHO, L. C. *História geral da medicina brasileira*. Vol. 1. São Paulo: HUCITEC/USP, 1991.

SANTOS, Cecília Rodrigues dos. *Novas fronteiras e novos pactos para o patrimônio cultural*. São Paulo em Perspectiva vol.15 no2, Abril/Junho, 2001.

SANTOS, Paulo F. *Quatro Séculos de Arquitetura*. Rio de Janeiro, IAB, 1981.

SCMRJ. Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://www.santacasarij.org.br/>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

SEGARA, Hugo. Casa de Orates. In: ANTUNES, Eleonora Haddad; BARBOSA, Lúcia Helena Siqueira; PEREIRA, Lygia Maria de França (org.). *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos de história brasileira*. São Paulo: EdUSP, 2000.

SEQUEIRA, J. C. *Noções Theóricas de Architectura Civil*, Seguidas de um Breve Tratado das Cinco Ordens de J. B. de Vignola. Academia das Bellas Artes de Lisboa. Lisboa: Typographia de José Baptista Morando. 1858.

SIGAUD, José Francisco Xavier. Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro. *Diário de Saúde ou Efemérides das Ciências Médicas e Naturais do Brasil*, v. I, n. 1, p. 6-8, abril. (Republicado em *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. VIII, n. 3, p. 559-62, setembro, 2005). 1835.

SILVA JÚNIOR, Osir. *Do Asylo da Mendicidade ao Hospital Escola São Francisco de Assis: A Mansão dos Pobres*. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora. 2000.

SILVA, A.C. Pacheco. Pedro II, Grande Protetor dos Insanos. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, ano 13º, Vol. XI, 1967.

SILVA, H. S. O mais velho hospital da América. Actas Ciba. Rio de Janeiro: Productod Chímicos Ciba S.A., 1941 *apud* IBÁÑEZ, N.; DUARTE, I. G.; DIAS, C. E. S. B. As Irmandades da Misericórdia e as políticas públicas de assistência hospitalar no Estado de São Paulo no período republicano. In: MOTT, M. L. (org.); SANGLARD, G. (org.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Minha Editora, 2011.

SILVA, M. R. B. Concepção de saúde e doença nos debates parlamentares paulista entre 1830 e 1900. In: MOTT, M. L.(org.); SANGLARD, G.(org.). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Minha Editora, 2011.

SILVEIRA, A. J. T.; FIGUEIREDO, B. G. A Saúde em Minas Gerais durante o século XIX. In: MARQUES, R. C. (org.); SILVEIRA, A. J. T. (org.); FIGUEIREDO, B. G. (org.). *História a saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Minha Editora. 2011.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2005. julho-agosto.

SOCIEDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO. Estatutos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. *Semanário de Saúde Pública*, n. 5, p. 25-28, janeiro de 1831.

SOUSA, A. *A Variante Portuguesa do Classicismo Imperial Brasileiro*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2007.

SOUZA e SILVA, O. O Edifício da Misericórdia e o 101º aniversário do lançamento de sua pedra fundamental. *Jornal O Comercio*. Rio de Janeiro, 06 jun. 1941.

SOUZA, Mariana Vaz de; RIBEIRO, Rosina Trevisan M. Hospital São Francisco de Assis: Diretrizes de Projeto. *Anais do XI Congresso da ABRACOR*, Rio de Janeiro, RJ. 2002.

TERMO de Constituição da Rede Brasileira de História e Patrimônio Cultural da Saúde. Termo de Referência. Ministério da Saúde do Brasil/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz /Ministério da Cultura. 2008.

UFRJ, Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA. Breve Histórico. Disponível em: <<http://www.hesfa.ufrj.br/indexhist.html>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

VASCONCELLOS, Lélia Mendes de; DE MELLO, Maria Cristina Fernandes. Re: atrás de, depois de... In: VARGAS, Heliana Comin; DE CASTILHO, Ana Luyisa Howard (Org). *Intervenções em centros urbanos: Objetivos, estratégias e resultados*. 1 ed. São Paulo: Manole Ltda, 2006.

VENANCIO, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/03.pdf>>. Acesso em 24/06/2014.

VIGNOLA, Giacomo Barozzi. *Regras das cinco ordens da arquitetura*. Lisboa: 1787.

VILHENA, Luiz dos Santos. AMARAL, Braz. A Bahia no Século XVIII. Salvador: Ed. Itapuã. 1969. p.133-134 *apud* FRAGA FILHO, Walter. *Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX*. São Paulo, SP: Hucitec; Salvador, BA: EDUFBA, 1996.

VIOLETT-LE-DUC, Eugène Emmanuel. *Restauração*. Cotia-SP: Ateliê Editorial, 2000.

VITRUVIO. *Tratado de arquitetura*. São Paulo: Martins, 2007.

ZARUR, D. C. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Trabalho Completo Publicado no Congresso Mundial das Santas Casas da Misericórdia. *Acta Médica Misericórdia* 2(1): 17-20, 1999.

ZARUR, D. C. *Histórico do Hospital Geral da Santa Casa*. Rio de Janeiro: Ed. Binus, 1978.

ZARUR, D. C. *Santa Casa de Misericórdia, Rio de Janeiro – Colônia, Império e República*. Rio de Janeiro. 1995.